



Facultad de Ciencias Sociales.

Escuela de Sociología.

“Los significados que los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón atribuyen a su implementación como alternativa popular farmacéutica y devolución legítima del derecho ciudadano en salud, ante una estructura farmacéutica privada”

Alumna: Sánchez Tobar Camila

Profesor guía: Acuña Víctor

Tesis para optar al grado de Licenciada en Sociología

Tesis para optar al título de Socióloga

Santiago, 22 de agosto de 2018

Agradecimientos

Quiero comenzar por relatar que esta tesis fue un proceso con muchos sentimientos encontrados. Fue un proceso lindo, de crecimiento personal y sociológico; pero también fue un proceso doloroso y difícil, sintiendo a veces que no podría continuar y no podría pararme de todo el dolor que en un momento causó. Pero gracias al cielo, la vida me premió y puso delante de mis ojos sentimientos y personas muy nobles, logrando ver sus corazones.

Por tanto, agradecer a todas las personas que me abrieron las puertas de su casa, y con eso también, me abrieron las puertas a su vida, logrando una conexión y desahogo personal.

Quiero agradecer a Victoria Contardo, por ser buena compañera y facilitarme el contacto principal en la farmacia popular de Recoleta. Así mismo, quiero agradecer a Marcos, gerente de la farmacia popular de Recoleta, por su disposición y buena voluntad de hacerse un tiempo en su apretada agenda, y facilitarme el contacto con los usuarios claves de la farmacia.

Por otro lado, quiero agradecer a Ángela, química farmacéutica de la farmacia popular de San Ramón, por su compromiso y empatía con mi investigación, realizando labores de contacto con los usuarios. Sin ella, no habría sido posible esta investigación. Agradezco de sobremanera su simpatía y calidez.

Respecto a los usuarios de la farmacia popular de San Ramón, quiero agradecer especialmente a la Sra. Felicinda, por abrirme las puertas de su casa más de una vez, por considerarme su amiga y por enseñarme que aún existe gente buena y humanitaria. Así también quiero agradecer a Don Ernesto y su esposa la Sra. Natalia, por abrirme las puertas de su casa incluso después de la entrevista, por generar un ambiente de calidez, enseñándome que con poco se puede ser feliz y que las cosas más grandes de la vida están en la sencillez y en el alma.

Pero fue mi familia quien me dio la fuerza y empuje para terminar esta tesis. Sin ellos nada sería posible, porque me levantaron cuando más lo necesitaba, me dieron aliento y atención. Agradezco las atenciones de mi mami, la preocupación de mi mamá, la paciencia de mi hermana cuando le leía lo que llevaba de la tesis; pero sobre todo agradezco el inmenso cariño e interés que demostraron en este proceso que al final resultó siendo de todos. A alguien quiero destacar aquí, al tío Sergio, quien me preguntaba siempre si había terminado mi tesis, lamentablemente no me pudo ver titulada, pero yo sé que ahora desde el cielo sabe que este proceso ya terminó, me está mirando y guiando en este camino.

No pueden quedar afuera mis amigos, que siempre me dieron el apoyo, tratando de hacerme sentir bien y subirme el ánimo en los momentos más difíciles de esta tesis; hacerme sentir que valgo y que puedo hacer todo lo que me proponga. Siempre con la disposición de escucharme y aconsejarme en este proceso. Sin ese cariño extra, todo habría sido más difícil.

A la universidad, por ayudarme en este proceso. Jamás imaginé que tendría un apoyo tan real y lindo; con esto me di cuenta que la Academia es realmente una familia.

Y por cierto, a mi profesor guía, que se dio el tiempo de orientarme, enseñarme y tuvo paciencia con el término de esta tesis.

Con todo esto quiero dar gracias a la vida que me ha dado tanto: por permitirme realizar esta tesis, darme cuenta de todo el apoyo que me rodeaba, de todo el cariño incondicional que tenía, por darme la oportunidad de salir de mi círculo de soledad y por tener la fortuna de encontrarme con gente tan buena, linda y humilde. Porque la humildad nos hace grandes.

Contenido

1.	Presentación del problema de investigación	7
1.1	Introducción.....	7
1.2	Problema de investigación.....	8
1.3	Relevancia de la investigación	10
2.	Preguntas de investigación.....	13
2.1	Pregunta general de investigación	13
2.2	Preguntas específicas de investigación.....	13
3.	Objetivos de la investigación	14
3.1	Objetivo general de investigación	14
3.2	Objetivos específicos de investigación.....	14
4.	Marco teórico	15
4.1	Antecedentes teóricos del sistema de salud, el mercado farmacéutico y políticas públicas de carácter popular.....	15
4.1.1	Desde una sociedad de derechos a una sociedad de privatización.....	15
4.1.2	Retorno a una sociedad de derechos: municipalización de los servicios	23
4.2	La transformación de la sociología de la salud.....	26
4.2.1	Desde la importancia molecular a la importancia social: autopoiesis de la sociedad...26	
4.2.2	Cambio de paradigma en sociología de la salud	29
4.2.3	Los roles en la dicotomía médico-paciente	32
4.2.4	El trasfondo lucrativo de la medicina actual	35
4.2.5	La reformulación del concepto biopolítico en el sistema social	36
4.2.6	La construcción del derecho social en una base legítima de dominación política...41	
4.3	Los significados construidos en la interacción social.....	48
4.3.1	La construcción y comprensión de los significados en el contexto relacional.....	49
4.3.2	La construcción de un significado en común	52
5.	Marco metodológico	55
5.1	Tipo de estudio	55
5.2	Enfoque del estudio	55
5.3	Población objetivo	56
5.4	Criterios muestrales	56
5.5	Instrumento de recolección de datos: entrevista semi estructurada.....	58
5.6	Procedimiento de contacto.....	59

5.7	Técnicas de análisis de datos	60
5.8	Plan de análisis de datos	61
5.9	Aspectos éticos	61
6.	Resultados de la investigación:	63
6.1	Significado de una farmacia popular: historicidad semántica	63
6.1.1	Posición ideológica	64
6.2	Las motivaciones de los usuarios para ser parte del proceso de formación de la farmacia popular	64
6.2.1	Inscripción y reuniones previas	66
6.2.2	La experiencia en el mecanismo lucrativo del mercado farmacéutico privado	68
6.2.3	Reciprocidad en la comunidad, como eje central para motivar la formación de la farmacia popular	73
6.3	Transformaciones en la vida cotidiana de los usuarios	74
6.3.1	Reflexiones de los usuarios sobre el sistema de salud chileno	75
6.3.2	Relación entre los sujetos y el mercado farmacéutico	78
6.3.3	Evaluación de la farmacia popular	81
6.4	Legitimidad de la creación y funcionamiento de la farmacia popular	86
6.4.1	Legitimidad de la farmacia popular desde la influencia de los medios de comunicación	87
6.4.2	Legitimidad de la farmacia popular frente a la perspectiva de las farmacias de mercado	88
6.4.3	Legitimidad en la relación de la farmacia popular con los laboratorios	91
6.4.4	Legitimidad del derecho	95
6.4.5	Legitimidad de su funcionamiento	96
6.4.6	Legitimidad de la farmacia popular según la mirada de otros municipios	101
6.5	Proyección de los usuarios sobre el mantenimiento del proyecto farmacéutico	102
6.5.1	Farmacia popular como política pública estatal	105
6.6	Modelo explicativo I: Sistema socioeconómico con una transversalidad a la salud a través del mercado farmacéutico	108
6.7	Modelo explicativo II: Las costumbres neoliberales y el re-encuentro con el Otro	112
6.8	Modelo explicativo III: Fractura del mercado farmacéutico como un equilibrio biológico y emocional	115

6.9	Modelo explicativo IV: Retorno a una biopolítica subsidiaria de derecho legal y antropocéntrico	119
6.10	Modelo explicativo V: Incorporación de precios populares como competitividad al mercado farmacéutico privado y control para la desigualdad social	122
7.	Conclusiones finales	125
8.	Referencias.....	134
	Anexos.....	141

1. Presentación del problema de investigación

1.1 Introducción

Esta tesis está orientada a describir los significados que se construyen en torno a la implementación de formas alternativas para cubrir los altos precios en medicamentos. Para esto se analizarán los relatos de los usuarios de la farmacia popular Ricardo Silva Soto de Recoleta, como proyecto farmacéutico municipal pionero; y por otro lado los relatos de los usuarios de la farmacia popular de San Ramón, como segunda comuna en instalar una farmacia de esta índole (Municipalidad San Ramón, 2015), además de sus características socioeconómicas como población vulnerable y la orientación política de su municipio. Se pondrá especial atención a su organización, funcionamiento y proyección.

Los usuarios son los miembros más importantes dentro de la implementación de este tipo de políticas municipales ya que son ellos los más perjudicados con las prácticas mercantiles del mercado farmacéutico privado. Por ende preguntarse sobre los significados que construyen de acuerdo a su posición social en el mercado y en la farmacia misma permite sumergirse en una dinámica lucrativa naturalizada.

Las farmacias de Recoleta y San Ramón están dentro de una estructura social que divide a los sujetos, en la lógica *o tener o no dinero para comprar medicamentos*, con un déficit empático que se reemplaza por las metas mensuales de las sucursales farmacéuticas. Por otro lado, el escenario nacional en tema de medicamentos está en deuda, muchas son las demandas de las personas por un sistema de salud mejor, una mejor calidad de vida, arrastrando con eso un acceso completo a tratarse farmacológicamente en el sistema público de salud.

Frente a estas características primero del sistema de salud y su repercusión en medicamentos es que surgen nuevas alternativas que privilegian el bienestar de su población por encima de ganancias económicas.

Por ende, la lectura de los significados que crean los usuarios de las farmacias de Recoleta y San Ramón, giran en torno a una dinámica neoliberal, y cómo estos proyectos impulsados desde el gobierno local no sólo crean una concientización en el plano nacional, sino que también provoca una fractura en sus vidas, en sus realidades compartidas con Otro.

Gran parte de la lectura de la bibliografía y estudios se enfocan en el cambio de paradigma en salud, desde un desarrollo histórico en el actuar de la práctica médica en un actual sistema de salud mixto, hasta los enfoques de teorías económicas que explican el fenómeno de los altos precios de medicamentos y cómo desde allí se ha compuesto la sociedad chilena neoliberal.

En este sentido se toman principalmente los fundamentos de la teoría sistémica con los argumentos autopoieticos de la sociedad y una perspectiva organizacional de la estructura farmacéutica antes y después de la implementación de alternativas al mercado farmacéutico privado. Además, se desarrolla el interaccionismo simbólico enmarcado en una transformación de la vida cotidiana a partir de los significados creados por los usuarios de ambas farmacias en estudio.

Esta descripción se logra a partir de un enfoque cualitativo, mediante las experiencias subjetivas de los propios usuarios, queriendo pesquisar a partir de sus relatos las motivaciones que tiene los usuarios para ser parte de las farmacias de Recoleta y San Ramón; las transformaciones a su vida cotidiana; la legitimidad que ellos significan en ambas comunas y en otros municipios donde se ha replicado el proyecto; y las proyecciones que tienen de sus farmacias, además de las proyecciones y alcances nacionales que tiene el proyecto farmacéutico municipal.

Para esto se realizará un proceso de entrevistas semi estructuradas a usuarios de las farmacias municipales de Recoleta y San Ramón, siendo trabajadas en un análisis que permite la creación de una mini teoría. Tal método a utilizar es la Teoría Fundamentada (Corbin & Strauss, 2002).

1.2 Problema de investigación

Esta investigación atraviesa los mecanismos del actual mercado farmacéutico privado, donde se ha olvidado la idea de salud como un derecho (Unidad Popular (Chile), 1970), cambiando a la representación de salud como una mercancía. En el siglo XXI, a partir del modelo neoliberal, estar sano es una tarea costosa y un lujo para algunos.

Es necesario destacar que el actuar del mercado farmacéutico privado no se estanca ahí, va más allá, influenciado por conglomerados entre laboratorios y multinacionales, y también por las deficiencias y discriminación del sistema de salud chileno (Vassallo, 2010).

Desde el siglo XX con el Estado de Bienestar se comenzaron a impulsar políticas y programas para proteger la salud – sobre todo en el programa de la Unidad Popular – pero la imposición de la dictadura militar de 1973 fracturó la idea de prioridad del sujeto, desplazándolo y reemplazándolo por estructuras de mercado. De esta manera se transforman los organismos y políticas públicas, privilegiando la privatización. Por ende, se transforma el sistema de salud y todo lo que ello conlleva (sistema de atención, capacidad de bienestar de los enfermos, práctica médica, mercado farmacéutico, continuidad de tratamientos, etc.) a una fórmula mixta donde están presentes las áreas públicas y privadas (Gómez, 2004).

El cambio del sistema de salud en Chile también conllevó el cambio del sistema farmacéutico, ya el 2015 había un total de 3.013 farmacias del rubro privado (Minsal, 2015), concentrando el 89,9% de las ventas de fármacos. Son principalmente las farmacias de grandes cadenas las que concentran gran parte de las ventas, coludiéndose en precios, asegurando las utilidades del rubro en un 90% (Figueroa, 2015).

Las características del mercado farmacéutico chileno basado en la propuesta de la salud como una mercancía, impulsa a buscar nuevas alternativas para cubrir esta problemática que afecta a gran parte de la población, es por eso que en primera instancia el municipio de Recoleta expone la existencia de otras alternativas, avalada por la ley orgánica municipal y por el Instituto de Salud Pública (ISP) basado en la voluntad política del municipio y las experiencias de la comunidad recoletana; por otra parte el municipio de San Ramón con una visión ideológica similar a la de Recoleta, implementa también esta iniciativa, bajo sus paradigmas y argumentos, pero ambas bajo el mismo objetivo: disminuir los costos de medicamentos y con ello, reducir también el costo de la vida de sus pobladores.

Tanto la farmacia popular de Recoleta, como la farmacia popular de San Ramón, emanan desde el departamento de salud junto con la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), con un claro perfil de usuarios: enfermos crónicos y adultos mayores, en especial pensionados; así como también una clara proyección a nivel general: la asociación de farmacias populares con la idea de importar medicamentos, para entregarles a sus usuarios a un menor precio y con la seguridad de accesibilidad de todo su tratamiento, sin tiempos de esperas de por medio (Ahora noticias, 2018)

Muchas son las críticas y las oposiciones a este tipo de iniciativas orientadas al bienestar del pueblo. Sobre todo del sector político más conservador, catalogando este tipo de políticas como populistas y no sustentables, dudando con ello de su legalidad, estructura y funcionamiento. Algunos de los argumentos para sostener tales críticas refieren directamente al sistema de salud, indicando que toda persona tiene el derecho de acceso de forma gratuita a atención médica y medicamentos; sin embargo es necesario recalcar que si la efectividad del sistema de fármacos en el sistema de salud cubrieran las necesidades y expectativas de las personas, no tendrían sentido ni la existencia de grandes farmacias de cadenas, ni la emergencia de estos proyectos municipales. Por otro lado, también critican la cobertura de las farmacias de tipo municipal, diciendo que se encasillan a un tipo de enfermos (enfermos crónicos), por lo tanto los grandes problemas estructurales en materia de medicamentos no se resolverían en su totalidad.

Este sector político en un afán por mantener la competencia en medicamentos, ha creado propuestas para no dejar exentos a las farmacias de grandes cadenas del tema farmacéutico. El actual alcalde de Las Condes, Joaquín Lavín, propuso a fines de 2017 la formación del “*Botiquín de Las Condes*” o lo que también llamó: “*farmacia de la clase media*”, la promesa de este tipo de farmacia es obtener precios aún más bajos que las farmacias populares, sin embargo estos establecimientos estarían ubicados al interior de las farmacias de grandes cadenas (R.R., 2017), por lo que según parámetros sociales, seguiría estando en una lógica de competencia.

Frente a las maniobras que ha desarrollado el mercado farmacéutico, avalado por sectores políticos para continuar en su posición competitiva, surge la necesidad de cuestionar tales maniobras y buscar soluciones que desplacen la idea de beneficio para el mercado, y sea en cambio una oportunidad de desarrollo para la sociedad. De esta manera, surgen las farmacias con modelo municipal, teniendo para 2018 cerca de 90 farmacias, lo que indica claras señales que la falta de medicamentos y continuidad de tratamiento entregado por el sistema de salud público y los altos precios de medicamentos en recintos farmacéuticos, es una problemática recurrente y transversal a toda la población chilena. Por ende, es tarea de la sociedad misma salir de ese estado de dependencia y desprotección, reclamar por sus necesidades básicas y hacer válidos sus derechos como ciudadanos.

En este contexto, la investigación se basa en el abordaje de los significados que los usuarios de las farmacias populares de Recoleta y San Ramón construye mediante su realidad en el mundo social, a partir de la implementación de estas alternativas farmacéuticas en su comunidad, indagando en temas de implementación, funcionamiento, legitimidad y proyecciones.

1.3 Relevancia de la investigación

En Chile, uno de los fenómenos más notorios es la división de clases sociales, dividiendo a la sociedad en clase alta, clase media y clase baja. Esta división es la causante de muchas desigualdades y problemas sociales, que afectan principalmente a las clases media y baja, teniendo escasos recursos económicos y escasas oportunidades para un mayor bienestar de vida.

Si bien la sociedad chilena tiene problemas socioeconómicos en todas las esferas sociales, y todos en sí mismo son relevantes, hay uno que es de vital importancia para los sujetos, puesto que la limitación en su acceso puede traer negativas consecuencias para la sociedad. Este es: el mercado farmacéutico y con ello, los altos precios de medicamentos.

Estudiar el alto costo de medicamentos, es crucial para entender el sistema de salud y cómo opera el mercado y su red farmacéutica, ya que, en un escenario privado, limitar el acceso a medicamentos puede conllevar en el empeoramiento de enfermedades (con ello disminuye la calidad de vida, incluso en algunos casos la independencia y auto-suficiencia cotidiana), y en otros casos más radicales, la muerte de los sujetos. Todo aquello por no poder acceder a las maniobras del mercado neoliberal, puesto que su mecanismo es privilegiar el mundo privado y las empresas por sobre el bienestar de las personas. Por cierto, la sociedad no cuestiona el privilegio de lo privado, puesto que se ha acomodado como una costumbre, pero en realidad es una visión de vida impuesta dictatorialmente.

Un claro caso de lo anterior, fue la colusión de farmacias de grandes cadenas, afectando a toda la población que necesita medicamentos, pero principalmente a enfermos crónicos (Castillo , 2009), porque ellos eran el foco o dicho de otra forma: ellos eran los principales clientes y los que mantenían el negocio de las farmacias.

Cabe destacar también que no sólo en la sociedad no era cuestionado este actuar, sino que incluso desde el Estado era permitido, con escasas alternativas para aliviar la carga de compra de medicamentos a los enfermos (alternativas como descuentos en farmacias de grandes cadenas, distintos medios de pago que apuntaban al endeudamiento, o la entrega de algunos medicamentos en el sistema de salud público); o incluso de frente este tema no era considerado un problema, porque la sociedad chilena suele minimizar las situaciones cotidianas y privilegiar otras estructuralmente complejas o de dominio público.

En este contexto, los Gobiernos poco incluyeron el tema de medicamentos a su cartera política, estando incompleta la misión biopolítica. Por esto, fueron los Gobiernos locales los que subsidiaron el tema de medicamentos y comenzaron a combatir el lucro privado, tomando en cuenta las demandas y necesidades de la población más vulnerable.

Además, estas iniciativas conllevan al surgimiento de cuestionamientos hacia el poder ejecutivo, y por qué no es parte desde un comienzo de un programa político, o por qué la sociedad – específicamente el pueblo – es quien debe “*despertar*” y exigir lo que les corresponde por derecho, por qué no comienza desde un despertar del Estado, que pueda materializar discursos y proyectos sociales.

Por ende, en las dinámicas mercantiles del mercado farmacéutico privado mediante sus farmacias privadas y el rol deficitario que cumple la salud pública en Chile, la importancia práctica del fenómeno en estudio se encuentra en la tensión que existe entre Estado y Mercado. Es decir, la invisibilidad del Estado frente al mundo privado, y cómo existen débiles políticas en materia de salud y se olvida su consiguiente tratamiento farmacológico.

Es por eso que la alternativa que impulsó el municipio de Recoleta, con características políticas y sociales enfocadas en el poblador, fue replicada por muchos municipios de diversos sectores políticos, pero quien inmediatamente siguió su modelo fue el municipio de San Ramón. Ambas comunas con una similitud social y política lanzaron un salvavidas para atender la demanda por medicamentos a menor precio.

Lo interesante en este tipo de farmacias municipales es la variedad farmacología que posee, incluyendo en su stock medicamentos de Atención Primaria, medicamentos presentes en la Ley Ricarte Soto (Minsal, 2015) y medicamentos que sólo se encuentran en farmacias de grandes cadenas. Su variedad permite a los usuarios obtener alternativas al momento de comprar, y no solamente tener como única opción medicamentos de marca – algo que suele pasar en las farmacias de grandes cadenas – sino también, tener la posibilidad de ahorrar comprando medicamentos genéricos, porque en las farmacias populares lo importante no es la marca, sino más bien el contenido químico de los medicamentos; por ende, esto permite una mayor transparencia en el mercado farmacéutico, algo que se había perdido con la autorregulación del mercado y su sistema de libre competencia. Además, tener esta variedad de medicamentos permite un mayor acceso y una continuidad en sus tratamientos médicos.

Si bien el fenómeno en estudio tiene pocos antecedentes investigativos en materia nacional e internacional, tiene relevancia en el lineamiento de sociología de la salud, ya que mercado farmacéutico y sistema de salud están directamente relacionados. Por ende, el fenómeno de los altos precios de medicamentos ya saturó sus cuestionamientos en la perspectiva macrosociológica, porque a nivel general, la sociedad y los organismos públicos están al tanto de las maniobras del funcionamiento del mercado, y por otro lado, el estudio a sistemas sociales y estructuras sociales conlleva a una abstracción teórica. Asimismo la importancia de esta investigación se enfoca en la microsociología, porque las consecuencias que traen el mercado farmacéutico en la vida cotidiana de los sujetos están poco estudiada y es poco considerada al momento de tomar decisiones estatales importantes; ya que para obtener resultados óptimos y políticas de calidad es necesario determinar la visión y comportamiento que tienen los sujetos en el mercado farmacéutico y cómo la dinámica de éste afecta a sus interacciones sociales. Sólo a través de la microsociología se puede dar un rol protagónico al sujeto, y desde allí obtener los argumentos necesarios para responder a la pregunta de investigación.

A consecuencia de su perspectiva sociológica, la importancia metodológica en esta investigación es la profundidad de los datos, mediante la adopción de la metodología cualitativa, a través de los relatos y experiencias de los usuarios de las farmacias de Recoleta y San Ramón. Para esto se indagará en la cotidianeidad de los usuarios a partir de una pauta de preguntas, obteniendo la descripción y reflexión de sus realidades creadas en conjunto con los otros.

2. Preguntas de investigación

2.1 Pregunta general de investigación

¿Cuáles son los significados que los usuarios le otorgan a la farmacia popular de Recoleta y a la farmacia popular de San Ramón, respecto a su implementación como alternativa popular farmacéutica y devolución legítima del derecho ciudadano en salud, ante una estructura farmacéutica privada?

2.2 Preguntas específicas de investigación

- a. ¿Cuáles son las motivaciones que tienen los usuarios para ser parte de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón?
- b. ¿Cuáles son las transformaciones que ha traído en la vida cotidiana de los usuarios la implementación de la farmacia popular en Recoleta y de la farmacia popular en San Ramón?
- c. ¿Cuál es la legitimidad que los usuarios le atribuyen a la implementación de la farmacia popular de Recoleta y de la farmacia popular de San Ramón?
- d. ¿Cuál es la proyección futura que los usuarios asignan al funcionamiento y mantenimiento de este tipo de proyectos farmacéuticos en las comunas de Recoleta y San Ramón?

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general de investigación

Determinar los significados que los usuarios le otorgan a la farmacia popular de Recoleta y a la farmacia popular de San Ramón, respecto a su implementación como alternativa popular farmacéutica y devolución legítima del derecho ciudadano en salud, ante una estructura farmacéutica privada

3.2 Objetivos específicos de investigación

- a. Describir las motivaciones que tienen los usuarios para ser parte de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón
- b. Analizar las transformaciones que ha traído en la vida cotidiana de los usuarios la implementación de la farmacia popular en Recoleta y de la farmacia popular en San Ramón
- c. Analizar la legitimidad que los usuarios le atribuyen a la implementación de la farmacia popular de Recoleta y de la farmacia popular de San Ramón
- d. Describir la proyección futura que los usuarios asignan al funcionamiento y mantenimiento de este tipo de proyectos farmacéuticos en las comunas de Recoleta y San Ramón

4. Marco teórico

4.1 Antecedentes teóricos del sistema de salud, el mercado farmacéutico y políticas públicas de carácter popular

El tema de la salud y sus repercusiones en la vida de la población, no es algo que se geste ahora por las farmacias populares, sino que viene de una experiencia histórica que parte en el siglo XX con grandes cambios estructurales. Un cambio que produjo la privatización de la vida y los servicios básicos, así como el desplazamiento del sujeto, dejándolo como actor subordinado al mercado (Gómez, 2004). La escasa institucionalización de políticas en materia de medicamentos, provocó un acoplamiento entre las demandas y el despertar de la población chilena.

4.1.1 Desde una sociedad de derechos a una sociedad de privatización

Durante el periodo entre 1924-1973, se estableció en Chile el Estado de Bienestar, el cual contemplaba en su programa la implementación de políticas públicas orientadas en la búsqueda de mejorar la calidad de vida de la población, con la idea de formar una sociedad de derechos. Sin embargo este enfoque tomo mayor fuerza entre 1970-1973, periodo presidencial de Salvador Allende, *“con un programa que contemplaba la formación de un Estado popular, posicionando al poblador como eje central”* (Lawner, Schatan, & Soto, 2008, pág. 40).

El programa de la Unidad Popular trajo reformas que buscaban el progreso de los sectores vulnerables y populares, a través de importantes cambios estructurales con reformas igualitarias y democráticas a lo que se venía promulgando desde el Estado de Bienestar, tocando diversas áreas de la sociedad, entre ellas (Unidad Popular (Chile), 1970):

- En economía se realizó el proceso de nacionalización del cobre y profundización de la reforma agraria.
- En materia educacional expandió los horizontes, incentivando la enseñanza pre-escolar, enseñanza básica e industrial, además de mejorar el acceso de la población a la universidad; por otra parte decretó la entrega de medio litro de leche diario por niño en todo el país.
- En salud se realizaron importantes reformulaciones: mejoró el acceso a consultorios materno-infantil en todas las poblaciones del país; expeditó la asistencia médica, disminuyendo los retrasos burocráticos, con ello también mejoró el sistema de salud con el acceso a gratuidad de exámenes en hospitales; implementó también la entrega de medicamentos básicos en la salud y disminuyó el impuesto de los medicamentos con la reducción a los impuestos de internación de materias primas.

En consecuencia, fue sobre todo en el área de salud donde se hicieron profundos cambios, ajustando el sistema de salud a las necesidades de la población popular, reforzando las políticas que el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social – actual Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) – y la Ley N° 4.054 de Seguro Obrero, venían desarrollando desde 1924 (BCN, 1924).

No obstante las políticas orientadas al bienestar integral del ser humano sólo cubrió el periodo de 1924-1973, ya que durante los años 70 se vivió una crisis económica y política a nivel mundial,

modificando la estructura de pensar la realidad con un sistema económico neoliberal. Sin embargo, los países acomodaron el nuevo sistema de manera diferente, todo dependiendo de sus realidades; en algunos no cambió la estructura del Estado y tomaron el cambio económico como una oportunidad de avance, mientras que otros países, particularmente Chile, causó un abrupto cambio desde la realización del golpe militar del 11 de septiembre de 1973: cambiando por completo la estructura del Estado, modificando políticas, normas institucionales y tomando el poder cívico-político retrocediendo los avances que se habían logrado en materia pública-estatal, con la privatización de los servicios básicos y un alto costo de la vida (Gómez, 2004).

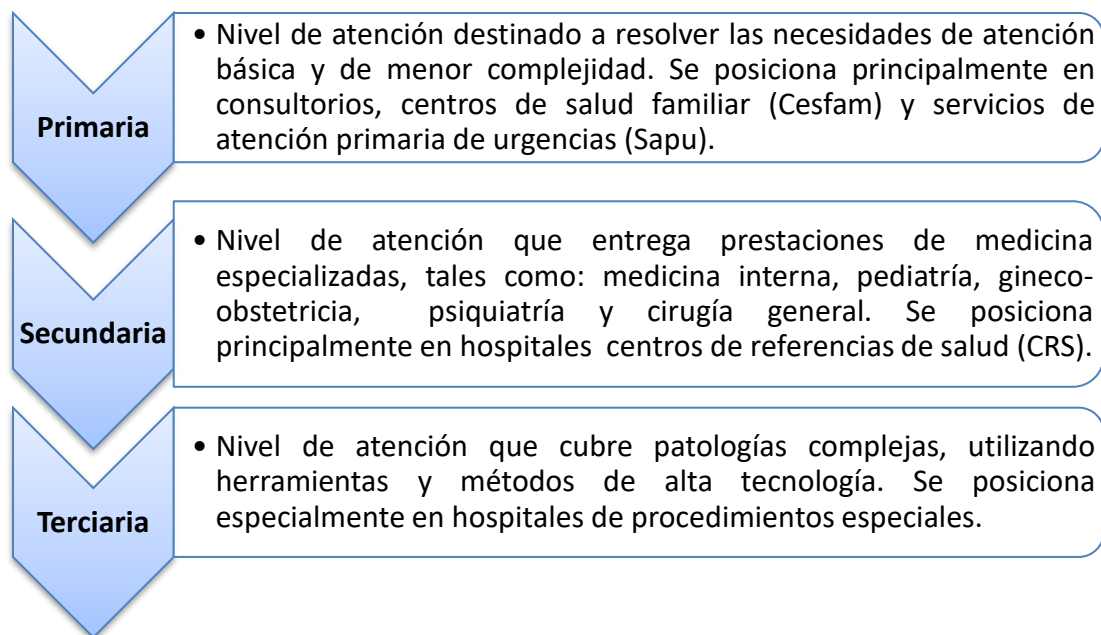
Las transformaciones macroestructurales del gobierno militar conllevaron a que el sistema de salud cambiara a una modalidad mixta, es decir teniendo las alternativas de un área pública con la creación en 1979 del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), un servicio de salud público y descentralizado, siendo resultado de la fusión de varios organismos públicos, entre ellos: el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena); y por otro lado se originó un área de Instituciones de Salud Previsional (Isapres). La constitución chilena de 1980 decreta la mixtura del sistema de salud como: *“La obligatoriedad de cotizar innovando en el derecho de libre elección de todo trabajador, ya sea en el sistema estatal o privado, entregando a las personas el poder de decisión de quedarse en Fonasa o afiliarse a una Isapre, dependiendo de sus ingresos”* (Benavides, Castro, & Jones, 2013, pág. 23).

Desde ese momento, el sistema de salud chileno se divide en dos sectores: público y privado, ambos son administrados por el Minsal y organismos dependientes, entre ellos: la Superintendencia de salud con la misión de supervisar las prestaciones que hace Fonasa e Isapres; el Instituto de salud pública (ISP); y la Central nacional de abastecimiento (CENABAST), cumpliendo el rol de dispensario estatal de medicamentos.

A esta estructura se suma la ley N° 19.966, con la creación del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) (Minsal, Régimen de Garantías Explícitas en Salud. La Ley N°19.966 , 2005) o también conocido actualmente como el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), entregando acceso a tratamiento, calidad, oportunidad y proyección financiera (Minsal, 2016) – ya sea en Fonasa o Isapres – a un total de 80 patologías simples y complejas. A esto, se incorpora también la obligatoriedad y derecho – cualquiera sea la afiliación a salud – de todo ciudadano a un examen anual gratuito, que pueda detectar y prevenir enfermedades.

Por un lado está la salud pública con tres niveles de atención:

Ilustración 1: Niveles de atención de salud



Fuente:Herrera, 2012

El 80% de la población está cubierto en el sector público a través de Fonasa, contando con el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y una red de 29 servicios de salud de atención primaria; por otro lado desde este sector se atiende de manera dependiente a las Fuerzas Armadas y Carabineros de Chile (Berrecil-Montekio, Reyes, & Annick, 2011)

En la otra vereda está el sector privado, que según datos de 2011, cubre alrededor del 17,5% de la población mediante el sistema de Isapres, estando presente tanto en instalaciones de salud públicas y privadas. Las Isapres se dividen en dos grupos: (1) las denominadas *Isapres abiertas*, permitiendo la inscripción de toda la población siempre y cuando tenga capacidad de pago; (2) *Isapres cerradas*, enfocadas en un sector económico o trabajadores de una empresa específica (Berrecil-Montekio, Reyes, & Annick, 2011). Por ende, el sistema de Isapres entregó una forma distinta de ver y acceder a otros servicios y prestaciones de salud, pero el costo de esta nueva alternativa provocó la descentralización del Estado y una privatización con un costo económico y social mayor: se precarizó el sistema de salud en su conjunto, poniendo fronteras en su acceso.

Frente a este escenario, existe una tensión en el sistema de salud mixto, con una clara línea de división entre el sector público y privado. Según estudios realizados sobre la percepción de la afiliación a Isapres (Cadem, 2015), el 73% de los entrevistados afiliados declara la preferencia de la salud en el sector privado por su calidad, indicando que las deficiencias en el sector público de salud es una problemática urgente de atender. En respuesta de esto, el 90% responde que la salud pública se debe perfeccionar, ya que los médicos especialistas escasean, haciendo una directa crítica a las mejoras de políticas de salud, ya que la gran mayoría de la población se atiende en este sector.

El sistema mixto conlleva una larga lista de desigualdades sociales – entre ellas se encuentran las limitaciones a un tratamiento médico y farmacológico continuo, rapidez en la atención, eliminación de las listas de esperas – considerando la atención médica como parte de un negocio y quien no tenga los medios para acceder a ellas, sufrirá las consecuencias de aquellas desigualdades; y un cambio en el poder de decisión al momento de elegir entre un sector y otro. El 83% de los entrevistados considera como buena medida la oportunidad de elegir por sí mismo dónde quedarse, heredando ciertas prácticas propias de un mercado capitalista, olvidando con ello los aspectos primordiales del Estado de Bienestar: la salud.

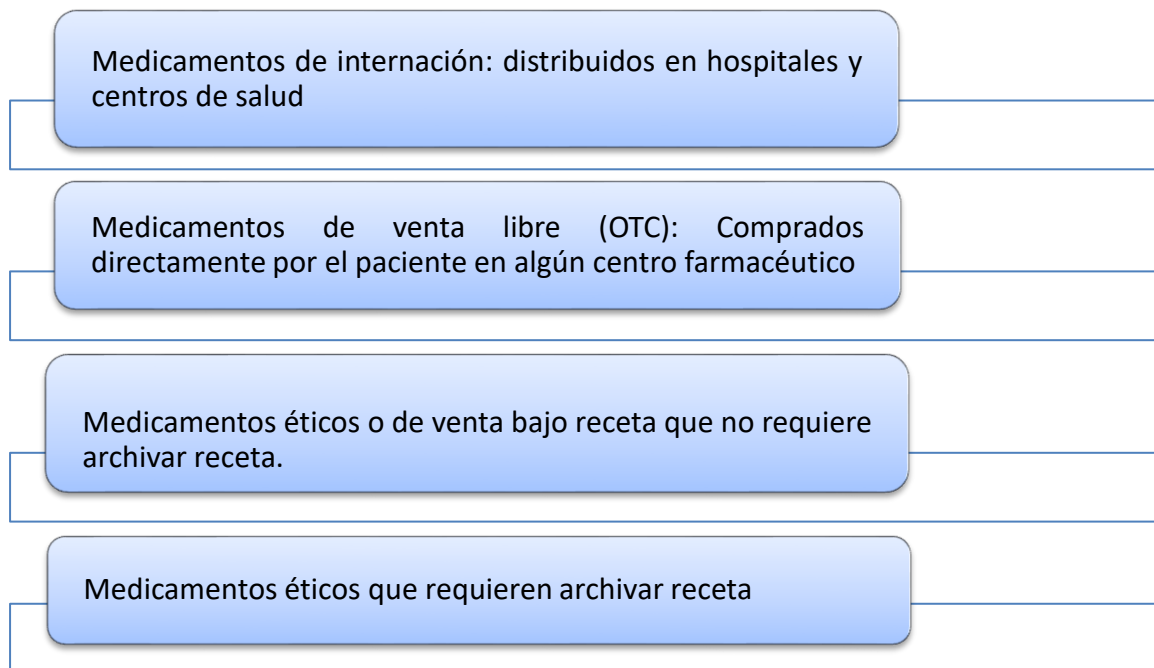
En este contexto, el sistema de salud cambió en todas sus esferas, uno de los aspectos más significativos fue la privatización del mercado farmacéutico y el traspaso a manos privadas. Afianzó sus bases entre las décadas del 70-80, en pleno periodo dictatorial, consolidando sus propios reglamentos a fin de poder expandir la privatización y la oportunidad de negocio a partir de los medicamentos. Eliminó, por ejemplo, la Ley del circuito, es decir, desde este periodo se anula la prohibición de instalación de farmacias a menos de 400 metros entre una y otra (Chandía, 2008).

“Entre los años cuarenta y cincuenta del siglo pasado, se creó una sociedad anónima abierta, llamada Laboratorio Chile. Vende sus acciones al Estado de Chile, y pasa a ser líder en materia de genéricos, Sin embargo, en 1988 fue vendido al marco de las privatizaciones que conllevó la época” (Vassallo, 2010, pág. 11), demostrando con ello el actuar y el manejo de la vida de los ciudadanos a partir del sistema económico. Frente a este escenario, en las últimas décadas la industria farmacéutica a nivel Latinoamericano se expandió en grandes proporciones, facturando para el año 2008 los US\$40.143 millones. Esto provocó que todos los actores del mercado farmacéutico modificaran sus perspectivas a partir de una fusión entre laboratorios y multinacionales, utilizando la estrategia de marca en los productos farmacéuticos. Incrementó la oferta de medicamentos desde laboratorios privados, formando en 1999 una alianza entre Salco y Brand, conformando el holding *S y B farmacéutica*; la incorporación de nuevas entidades en el mercado farmacéutico y la escasa convicción de políticas públicas en América Latina, provocó una disminución en el desarrollo de medicamentos genéricos, entregando un argumento para la producción privada (Vassallo, 2010)

El mercado farmacéutico neoliberal consta de una compleja estructura interna contando con ciertos proveedores para su desarrollo: (1) más del 50% de las ventas de medicamentos en farmacias es controlada por laboratorios nacionales y extranjeros; (2) existe un sistema de *droguerías* como operador mayorista de comercialización y distribución de medicamentos. Ciertas farmacias de grandes cadenas (Ahumada y Salcobrand) cuentan con droguerías independientes, así como también existe la droguería Sofocar y droguería Ñuñoa, siendo una de las más influyentes en el mercado (Vassallo, 2010); (3) el Estado Chileno cuenta con un proveedor público, CENABAST, realizando tareas de intermediación en la compra y distribución de: medicamentos, equipos e insumos médicos para el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). A partir de la Política nacional de medicamentos de la Reforma de salud de 2004, CENABAST como organismo público cuenta con un listado de medicamentos esenciales y formulario nacional (Berrecil-Montekio, Reyes, & Annick, 2011).

Dentro de su estructura interna, el mercado farmacéutico tiene un submercado de medicamentos, distribuidos en: un submercado público administrado por CENABAST, y un submercado privado y competitivo de libre elección liderado por las farmacias.

Ilustración 2: Submercado de medicamentos



Fuente: Instituto de Salud Pública (ISP), 2013

Desde diciembre de 2007 que se comenzó a gestionar el acuerdo de medicamentos entre farmacias (principalmente las farmacias salcobrand, ahumada y cruz verde), con el alza de 62 medicamentos y la incorporación de productos “*ganchos*”, es decir los productos claves para la población con patologías crónicas. Sin embargo, la cautela del acuerdo de precios se reveló en abril de 2008, siendo las principales farmacias llamadas a declarar en la Fiscalía Nacional Económica (FNE) (Vassallo, 2010). Aunque estalló la colusión y fue un escándalo de dominio público, la coordinación de precios no paró ahí, para esto “*Imagina Chile*” (2013) reveló en un estudio, que la venta de medicamentos genéricos o bioequivalentes disminuyó entre los años 2008-2012 a un 14,6%, incrementando en un 100,7% las utilidades de las farmacias de grandes cadenas con la venta de medicamentos de marca propia, 34,9% en medicamentos de marca, un 28,7% en similares y sólo un 20,0% en la venta de medicamentos genéricos (pág. 2). Estos datos no sólo demuestran el actuar inescrupuloso de las farmacias, sino también el alto precio que deben pagar las personas para obtener sus medicamentos y continuar tratamientos médicos, como herencia del gobierno miliar mediante la privatización de la salud.

Durante el 2015 en Chile ya existían cerca de 3.013 farmacias. El 51,2% correspondía a las principales farmacias de cadenas: Ahumada, Salcobrand, Cruz verde y Dr. Simi, con una

concentración del 89,8% de las ventas a nivel nacional; mientras que el restante 48,8% corresponde a farmacias independientes o *farmacias de barrio* (Minsal, 2015).

La comercialización de medicamentos en las farmacias se distingue de la siguiente manera: (1) Medicamentos *genéricos o bioequivalentes*, con el nombre de su principio activo, es decir, sin una marca comercial; (2) medicamentos de *marca*, los que son producidos a través de una patente por los dueños de laboratorios; (3) medicamentos *similares*, comercializados bajo un nombre distinto a su principio activo, son fármacos alternativos; y (4) medicamentos de *marca propia* producidos por los laboratorios que son dominio de las farmacias (Imagina Chile, 2013).

Un estudio realizado en 2017 por el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) reveló la diferencia entre los márgenes de precios entre medicamentos *bioequivalentes* y medicamentos de *marca* originales, independiente del laboratorio y la farmacia que los comercializa. Un ejemplo son los principios activos destinados para el tratamiento de la hipertensión arterial: Amlodipino de 10 mg y Atenolol de 50 mg, con una diferencia de precios entre su *bioequivalente* con denominación genérica y de marca de un 1,620% y 1,898% respectivamente. Según el estudio, con la diferencias de precios, y para los mismos principios activos mencionados, un consumidor puede comprar 17 cajas de Amlodipino y hasta 30 cajas de Atenolol en su categoría *bioequivalente* genérico por el precio que paga del medicamento en su categoría de *marca* original (SERNAC, 2017). Estas diferencias en los precios demuestra el poder que poseen las principales cadenas farmacéuticas, provocando una desregulación en precios de medicamentos, lo que se denominó *la colusión de las grandes cadenas farmacéuticas*, eliminando la idea servicio en medicamentos y formando más bien un mercado retail farmacéutico (Vassallo, 2010), concentrando las ventas en los medicamentos de marca, aumentando al 90% sus utilidades.

Las diferencias de adaptación del mercado farmacéutico neoliberal

La nueva modalidad neoliberal cambió el mercado farmacéutico, privatizando servicios y estructuras, lo que provocó que los países marcaran aún más sus diferencias entre desarrollados y subdesarrollados.

Por un lado, se encuentra Estados Unidos quien promulgó en 2010 la Ley de Salud Asequible (ACA) o denominada popularmente como “*Obamacare*”, haciendo referencia a su ex mandatario presidencial, pero con la llegada de un gobierno republicano a cargo de Donald Trump, esta ley entró en cuestionamiento, con el retroceso de incrementar los seguros de salud en Estados Unidos de 12% a 30% para el 2019 y de 35% a 90% para el 2021 (Infobae, 2018), llamando a esto como “*Trumpcare*”. Este aumento dejaría en desamparo a muchos estadounidenses (y también inmigrantes) eliminando el subsidio de crédito que ofrece el Gobierno Federal en salud para las personas que no tienen los recursos para acceder al sistema de salud, e incluso causando la interrogante en sus tratamientos farmacológicos. Ya que en palabras de Trump: “*el Obamacare está aniquilando a cientos de negocios*” (Dulcinea INSURANCE, 2017). Sin embargo, por falta de votos, esta iniciativa del presidente republicano fue retirada de la Cámara de Representantes.

A pesar de esto, hay que mencionar que actualmente el sistema de salud de EEUU es público pero no gratuito, siendo incluso uno de los países con el PIB más alto en salud (17,4% en 2017); por lo que el sistema de salud de Estados Unidos es más bien un negocio y no un derecho, pagando altas

sumas de dinero por tratamientos médicos y medicamentos, teniendo un mercado fragmentado, inconsistente y orientado a los negocios con el freno de la llegada de los medicamentos genéricos (Telemundo, 2017). Existen dos maneras de acceder a los medicamentos en Estados Unidos: la primera es a través de seguros médicos, donde casi la totalidad del costo del medicamento es cubierto por la compañía de seguros; o una segunda forma mediante un seguro privado, pagando por el medicamento y esperando el reembolso de la compañía de seguros (Just Landed, 2017).

Muchas son las diferencias en torno al sistema de salud y sus detonantes. Estados Unidos está mediado por fuerzas del mercado, pagando precios muy superiores en comparación a otros rincones del mundo. Es el caso del continente europeo con una mirada prioritariamente universal de la salud, *donde se establecen cuotas con esquemas de precios para los procedimientos médicos y medicina* (Del Salto Calderón, 2013).

Europa en general cuenta con un sistema de salud muy distinto al resto del mundo, su salud es considerada como privilegiada desde la mirada Estadounidense y Latinoamericana, con su modalidad gratuita y universal. Entre los países más relevantes están (ABC, 2012).

- Reino Unido, pagando sólo 7,4 euros por receta (lo que equivale a \$5.619).
- Alemania, pagando el 10% del precio de los medicamentos, teniendo como norma que el pago nunca rebasará el 2% de los ingresos brutos anuales y el 1% si son enfermos crónicos. Además están exentos de pagar los menores de edad, fármacos relacionados con el embarazo, víctimas de guerra o medicamentos de investigaciones tempranas de enfermedades.
- En Austria se pagan 5 euros por receta (equivalente a \$3.797) estando exento de pago los medicamentos destinados a tratar enfermedades infecciosas y las clases sociales con menor ingreso.
- En Francia se paga medio euro por receta (equivalente a \$379) Sin embargo, dependiendo de la categoría del medicamento este puede llegar a ser gratuito o pagar entre el 35% y el 65%.
- En Grecia la población general paga el 25% del total de los medicamentos, mientras que los enfermos crónicos pagan el 10%.
- Italia cobra 1,55 euros (\$1.177) por receta para medicamentos esenciales, para el resto de la población el pago es de 50% por receta.
- El caso de España esconde algunas diferencias en cuanto a la especificidad de su política en medicamentos. Sus habitantes deben pagar el 100% de los medicamentos sin prescripción, si cuentan con receta sólo pagan el 40% del valor total, funcionarios pagan un 30% y enfermos crónicos un 10%. Además tiene exenciones, entregando gratuidad en medicamentos para personas con discapacidad grave, accidentes de trabajo y pensionistas. Por otro lado, a pesar de la crisis económica española no se ha frenado la apertura de

farmacias, aunque, es el país que tiene la menor cantidad de habitantes por farmacias. Una de las particularidades de estos centros farmacéuticos es que para 2016 se abrieron 55 farmacias, de ellas 49 se instalaron en municipios que no eran capitales de provincia (Vigario, 2017).

En estos países los medicamentos no son vistos como parte del mercado, sino como parte de las necesidades básicas de la población. Es por eso que aquí no se requieren políticas de subsidio como en el caso de Latinoamérica con las farmacias populares, ya que son países que poseen un positivo desarrollo económico y político.

Por otra parte, en América Latina acogió de diferente manera la llegada del sistema neoliberal, fue con obediencia y resignación, su imposición traspasó a todas las esferas de la sociedad. Sin embargo, entre los mismos países latinoamericanos existen diferencias significativas de acuerdo a su nivel de desarrollo socioeconómico, afectando en este caso a la estructura del sistema de salud y sus respectivas políticas públicas.

Entre los casos de América Latina se encuentra:

- Ecuador, teniendo en 1983 uno de los primeros acercamiento a un acceso de medicamentos a menor precio, con la creación de farmacias de medicamentos básicos cubriendo las necesidades de cada Unidad Operativa de Salud. Se formó entonces la Farmacia popular de medicamentos básicos, con el objetivo de entregar acceso a pacientes de menores ingresos con un precio rebajado de medicamentos más consumidos en el país (Minsal Ecuador, 1988).
- Seguido en 1984 con la respuesta de República Dominicana, creando establecimientos estatales llamados la Botica Popular administrada a nivel nacional por el Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE). Estas se transformaron en Farmacias del pueblo vendiendo un listado de 200 productos, formando parte del cuadro nacional básico de medicamentos, alcanzado un 71,6% de inferioridad en sus precios en comparación con farmacias comerciales (Tobar, 2007).
- En el caso de Brasil, surgió en primera instancia un modelo federal de farmacias populares a partir de la necesidad de proveer medicamentos de bajo costo a personas de escasos recursos, ya que según el Gobierno Brasileño el gasto de medicamentos alcanza cerca del 12% de los ingresos familiares (Batista & Ruano, 2014). La idea inicial dio paso a una asociación público-privada, formando un Programa de Farmacia Popular (PFP), adoptando estrategias para alcanzar a los municipios, compartiendo responsabilidades de implementación y mantención de las unidades del programa. El PFP entrega medicamentos gratuitos para algunas patologías y cubre el resto entregando hasta un 90% de descuento en la compra de fármacos que no son adquiridos en la red de salud pública (Telesur, 2015).
- Similar es la motivación del Gobierno de Hugo Chávez, garantizando desde 2012 en Venezuela *“farmacias que busquen frenar la especulación y permitan al pueblo venezolano tener acceso a los medicamentos de manera continua, estable y a un precio justo”* (Alba

Tv, 2012). A partir de una alianza estratégica entre FundaFarmacia, la Cámara venezolana de medicamentos, la Cámara de la industria farmacéutica y la participación de los Ministerios de Salud, Ciencia y tecnología, Comercio, y Alimentación, surge FarmaPatria ubicándose en cada estado del país (Alba Tv, 2012).

FarmaPatria se estructuró en cuatro etapas: (1) Creación de un plan de capacitación con la incorporación de 172 jóvenes, para ser parte de los establecimientos de entrega de medicamentos enmarcados en la misión de saber y trabajo; (2) asignación de infraestructura para los establecimientos que ocuparía FarmaPatria; (3) progresiva consolidación de FarmaPatria; (4) expansión de la red de este tipo de farmacias.

En la actualidad, a pesar de la delicada situación económica y política que afecta a Venezuela desde el 2016, el presidente Nicolás Maduro activo un esquema de distribución en la cadena FarmaPatria para que la población continúe teniendo acceso a fármacos a bajo costo, manteniendo un porcentaje de diferencia de precios entre 34% y 40% de descuento en comparación a las farmacias privadas (RNV, 2016).

- En Perú, el Estado es el encargado de promover de manera universal la atención integral de salud, entre ellos garantizar el acceso de la población a productos farmacéuticos. De esta forma se asegura el suministro de medicamentos a la población a través de las farmacias populares (FP) ubicadas en espacios públicos o por convenio con farmacias privadas (Ministerio de economía y finanzas del Perú, 2013). Según el Art. 27 de la Ley de productos farmacéuticos, el objetivo de la política nacional es tener precios asequibles e implementar un sistema que entregue a la población información sobre el precio de los medicamentos para prevenir prácticas monopólicas y segmentación del mercado (Crisante, 2013).

En general en los países de América Latina hay una cierta preocupación del Estado en la salud, pero en lo que respecta al mercado farmacéutico, hay políticas débiles en la mayoría de los casos, con un acceso a cuidados médicos, pero no a una total cobertura en los tratamientos farmacológicos, siendo una problemática regresiva e inestable, del que Chile no está exento.

4.1.2 Retorno a una sociedad de derechos: municipalización de los servicios

El caso de Chile es uno de los más notorios en buscar durante los últimos años alternativas que suplan el alto precio de medicamentos, traspasando las responsabilidades del Estado a otros organismos públicos o privados.

La desconcentración del Estado se ilustra como “*la ola devolutiva*” del poder, dividida según Gabriel Salazar (1998) en tres ejes: (1) “*hacia el lado*” con grandes consorcios empresariales permitiendo la regionalización administrativa y la privatización de servicios estatales; (2) “*hacia arriba*” mediante la transferencia de decisiones a las bolsas de comercio y transnacionales; (3) “*hacia abajo*” entregando el poder hacia ciudadanos y productores, hacia el ayuntamiento, explicando la participación de la sociedad (págs. 3-4).

La principal atención está en la descentralización “*hacia abajo*”, municipalizando servicios que antes eran de dominio estatal; incrementando con ello los programas de participación vecinal, entregando la responsabilidad del desarrollo y bienestar de la población a los gobiernos locales (Salazar, 1998). Esta iniciativa es oportuna, para la deliberación de políticas públicas de

intervención social, ya que desde el Estado las políticas son infértiles e impotentes; en cambio la municipalización de estos servicios da paso a la participación del pobre y débil para que devenga su propio bienestar, transformando su rol pasivo por activo. Esto no sería posible sin la memoria histórica, acciones y experiencia que ha conservado la comunidad en forma de sinergia y capital social, ya que *“la memoria popular es el germen del que han manado y manan movimientos de incredulidad y apatía”* (Salazar, 1994, pág. 102).

El movimiento de municipalización tomó fuerza el 15 de octubre de 2015, con la primera farmacia de carácter popular emanada desde un gobierno local. La municipalidad de Recoleta fue la encargada de dar paso a la idea de nuevas alternativas en medicamentos a sus pobladores, fue así que creó la Farmacia Popular Ricardo Silva Soto. Esto conllevó un devenir en el poder político, abriendo un debate que estaba dormido por la naturalización de las prácticas neoliberales y el traspaso de la responsabilidad de su bienestar a los ciudadanos.

La Farmacia Popular de Recoleta se formó en la Dirección de Desarrollo Comunitario (Dideco), sustentada en el Art. 4º de la Ley orgánica constitucional de municipalidades: la aprobación de desarrollar de formar individual o directa con otros organismos del Estado, aspectos relacionados a la salud pública y la protección del medio ambiente (Congreso Nacional, 2011).

Según su página web oficial, la misión de la farmacia popular de Recoleta es entregar bienestar a la población, sin importar la condición socioeconómica, permitiendo que sus vecinos y vecinas ahorren hasta un 70% de lo que gastan mensualmente en medicamentos. En palabras de su propio alcalde, la farmacia popular de Recoleta busca recuperar el derecho a la salud, entregando medicamentos a precio de costo (Jadue, 2015).

Además, la iniciativa de Recoleta ha permitido el despertar de otros sectores políticos, causando una reproducción del modelo, incentivando a otros municipios a través del seminario *“Creando farmacias populares”*, y de esta forma expandir el objetivo de esta alternativa política pública.

A partir de esta iniciativa, la comuna de San Ramón es la primera en seguir los pasos de Recoleta, transformándose en la segunda farmacia popular del país. Su apertura fue a inicios del 2016, declarando que: *“Esto es similar (al de Recoleta), con la diferencia que nuestro Registro es social de hogares, porque aquí atendemos incluso a los que tienen Isapre. En San Ramón, más allá que las personas puedan estar inscritas en Fonasa o en Isapre, la vulnerabilidad es prácticamente la misma, es decir, es la característica socioeconómica de la comuna”* (Aguilera, 2016).

La creación de farmacias de carácter comunal en todos los municipios del país abrió el debate a la problemática de medicamentos y salud, es por eso que desde el Estado se ha modificado la ley de fármacos II. Durante el segundo Gobierno de Sebastián Piñera, surge con esto la inquietud de *“crear una nueva cultura. Una cultura de la vida sana”* (24 horas, 2018). La modificación en sus artículos incluye la compra de medicamentos sin receta, incorporando a los supermercados como parte del espectro de establecimientos farmacéuticos, con el fin de una mayor competitividad con las farmacias de grandes cadenas, y una mayor acceso de las personas a los medicamentos. Frente a esto, otros organismos públicos no quedan fuera de la Ley, ya que Cenabast firmará un acuerdo con farmacias privadas, para asegurar la transparencia en la venta de medicamentos, logrando una disminución de un 25% en precios (Ahora noticias, Ahora noticias, 2018).

Cabe destacar que el proyecto de modificación de la ley de fármacos II, fue propuesto en 2012, y hoy, en 2018 vuelve a entrar en el Parlamento, siendo presentado por Guido Girardi (PPD), Manuel José Ossandón (RN), Carolina Goic (DC) y Andrés Zaldivar (DC), argumentando que las farmacias son un monopolio, por lo tanto, una de las alternativas de vender medicamentos en las góndolas de supermercados, sin recetas, agrietaría tal situación (Flores, 2018); además de obligar a recetar el medicamento genérico y que las farmacias tengan el stock suficiente de estos. Para esto, el Estado puede importar medicamentos, y asimismo habilitó un sitio web que permite comparar precios y elegir la farmacia más cercana; la página es: www.tufarmacia.gob.cl, con la idea de forzar a los otros establecimientos farmacéuticos a bajar sus precios (Ahora noticias, Ahora noticias, 2018).

Fuertes críticas ha recibido el ingreso de las modificaciones de la Ley de fármacos II, ya que si se mira al exterior, sólo en Estados Unidos durante el 2016 se provocaron 64 veces más de muertes catalogadas como “*accidentales*” que las causadas por armas, detonando una crítica al poco control y monitoreo en la venta de medicamentos. Frente a esto, la discusión en Chile, busca hacer asequibles los medicamentos en los supermercados, pero con poco o ningún control, es decir, se considera a los medicamentos como un bien de consumo al igual que otros (Collao, 2018).

Así como también se hace una crítica desde los laboratorios, las farmacias de barrio, farmacias de grandes cadenas y farmacias populares, no están de acuerdo con las medidas que modifica la ley de fármacos II. Los laboratorios consideran como un riesgo la venta de medicamentos sin receta, ya que “*el riesgo de la automedicación existe hoy, pero no por productos que no requieren receta sino con los que sí la requieren, y eso es algo preocupante*” (Cáceres, 2018); por otro lado, la Federación de Farmacias Independientes a través de su presidente, critican tajantemente la medida, ya que la disminución de precios en medicamentos debería enfocarse primero en los laboratorios (Rojas, 2018); por su parte las farmacias de grandes cadenas, expresaron que de generarse las ventas en supermercados, deben cumplir con las mismas exigencias sanitarias, ya que según un comunicado de la farmacia Cruz Verde los casos frecuentes de intoxicación por medicamentos, correspondieron cerca del 50% a niños menores de 14 años (Ahora noticias, Ahora noticias, 2018); las farmacias populares también los cuestiona puesto que no modifica la ley de venta de fármacos, no cambia la cobertura, tampoco cambia su estructura, sólo se refuerza la competitividad (Ahora noticias, Ahora noticias, 2018).

4.2 La transformación de la sociología de la salud

Sociología de la salud es el área donde se inserta el tema de investigación, tomando diferentes formas conforme avanza el desarrollo socioeconómico de la estructura social. Explicar sus cambios permite comprender la razón de la importancia para esta investigación.

4.2.1 Desde la importancia molecular a la importancia social: autopoiesis de la sociedad

Cuando se plantea la idea de “sociología de la salud”, se está hablando a la vez de un sistema biológico, pero tiene la particularidad de posicionamiento desde el sistema social. Ambos sistemas están imbricados, lo que hace que compartan ciertos criterios esenciales: Tanto sistema social como sistema biológico están compuestos por seres vivos, haciendo que también sean autopoieticos.

Para Maturana y Varela (1995) el comprender a los seres vivos, depende del estudio como unidades autónomas y en la convivencia con otros. Demostrando que el ser vivo surge de la dinámica relacional de sus componentes (pág. 15).

Lo anterior permite el espacio para considerar al ser humano como un sistema que puede hacer distinciones entre unidades simples distinguiéndose como una totalidad; y unidades compuestas, formando un sistema estructuralmente determinado por interacciones, por ende: *“no es posible que los elementos externos de un sistema especifique lo que pasa dentro de un sistema estructuralmente determinado”* (Arnold & Rodríguez, 1999, pág. 76). Mediante tal distinción se conforma el concepto de *autopoiesis*, señalando a ciertas unidades compuestas, capaces de formar sistemas dinámicos y la producción de sus componentes. Es decir, autopoiesis es la organización de los seres vivos.

Por lo anterior, se explica que el ser humano es un sistema viviente; por lo tanto, el concepto de autopoiesis se refiere a sistemas dinámicos pero cerrados, con la capacidad de regular sus estados internamente (Maturana & Varela, 1995). En consecuencia, el sistema autopoietico que proponen es circular, explicando con ello la organización de los seres vivos con un continuo cambio estructural. La circularidad provoca que las moléculas formen redes de reacciones e interacciones que se producen a sí mismas y especifiquen sus límites. Estas redes son los seres vivos (Rodríguez & Torres, 2003). Es de considerar que en su organización circular, el ser vivo existe mientras permanezca en la conservación de la organización, realizando y existiendo en la producción de sí mismo (Maturana & Varela, 1995). Por lo tanto, un sistema autopoietico visto desde la biología, es una unidad que se forma por y a través de su organización.

Para los investigadores existen niveles autopoieticos: las células son sistemas autopoieticos de primer orden, en cuanto existen como sistemas moleculares; y por su parte los organismos, son sistemas autopoieticos de segundo orden, caracterizándose como sistemas autopoieticos como agregados celulares (Maturana & Varela, 1995). Pero también está la existencia de un tercer orden, ya que Maturana y Varela admiten que la autopoiesis puede estar en otros sistemas que no sean los biológicos moleculares; sin embargo, aclaran que la característica que hace autopoietico a los otros sistemas son la composición y reproducción de sus componentes. Por eso, señalan que el término autopoiesis no puede ser exclusivo de los sistemas moleculares, enmarcando con ello el sistema social. Es decir, *“los sistemas sociales son sistemas autopoieticos de tercer orden por el sólo*

hecho de ser sistemas compuestos por organismos, lo que los define como lo que son en tanto sistemas sociales no es la autopoiesis de sus componentes, sino la relación entre los organismos que los componen” (Maturana & Varela, 1995, pág. 52).

Por lo anterior, Luhmann (1990), toma el concepto de autopoiesis de Maturana y Varela para explicar el sistema social, su aplicación a la teoría de sistemas y a los fenómenos socioculturales de las realidades en las sociedades contemporáneas de los países en desarrollo y los cambios que ha experimentado América Latina. Reformulando además, el concepto de autopoiesis desde una perspectiva sociológica, añadiendo que los sistemas son autorreferentes, es decir, se producen dentro del sistema los elementos que necesita, teniendo la capacidad de distinguir los elementos internos de los externos con la finalidad de evitar la entropía. Por lo tanto, la autorreferencia hace autopoietico al sistema, incorporando simultaneidad en la apertura y clausura operacional; mientras el sistema *se encuentre clausurado podrá constituirse como sistema, mediante operaciones específicas* (pág. 43), produciendo una red de elementos con interacciones.

La red de elementos con interacciones es primordial para Luhmann: distinguir la comunicación por sobre la acción, porque es la comunicación la unidad elemental dentro del sistema social (Arnold & Rodríguez, 1999). Ya que dentro de la concepción de *sistema autopoietico* de Luhmann, en los procesos comunicacionales se encuentra el medio de la socialización de los seres vivos, desarrollando la *autopoiesis de la sociedad*, considerando a la sociedad como una red cerrada autorreferente (Rodríguez & Torres , 2003).

El objetivo de tal reformulación conlleva a que los sistemas sociales tengan algún tipo de comunicación con sentido entre seres humanos, principalmente a través de elementos fenomenológicos en el espacio social – considerando que la fenomenología biológica de los sistemas autopoieticos se crea en el espacio físico –. El sentido que se crea en la comunicación es intersubjetivo, pero no depende de los actores individuales, sino de su sentido compartido, formando expectativas e incertidumbres a las relaciones que se forman en la red de interacciones. Esto se conoce como doble contingencia.

Al respecto, la doble contingencia descansa en el hecho de que la contingencia es subjetiva y universal a la vez (Arnold & Rodríguez, 1999, pág. 84). Por ende, los sujetos en el acto comunicativo están siempre enfrentados a oportunidades abiertas de comunicación con otros. Es decir, como primera etapa está lo que comunica el sujeto y posteriormente lo que interpreta el sujeto; como segunda etapa están las expectativas del sujeto en cada comunicante, a través de la interacción.

Para Luhmann decir que la comunicación está por sobre la acción, hace referencia a que la comunicación no es resultado de la acción del ser humano, sino que es una operación que se hace por sí sola, que se realiza por la sociedad, porque la comunicación es un proceso de selección, estructurada mediante la complejidad del lenguaje. Es decir: *No es el hombre el que puede comunicar, sólo la comunicación puede comunicar* (Luhmann, 1990 citado en, Rodríguez & Torres , 2003, pág 126).

A partir del proceso autopoietico mediante la comunicación, determina que los sistemas sociales tengan reflexividad y ello explica que una *teoría de la sociedad es un instrumento reflexivo donde*

la propia sociedad tiene la tarea de describir la sociedad, como un sistema que se describe a sí mismo (Arnold & Rodríguez, 1999, pág. 63).

Al respecto del lenguaje, la perspectiva luhmanniana separa lo humano y lo deja como parte del entorno, dándole posicionamiento a la sociedad, siendo criticado en la teoría biologicista por Maturana y Varela al decir que con ello no se puede explicar el origen del lenguaje, y en ese aspecto es mejor darle posicionamiento a lo vivo. Frente a esto, para los autores el lenguaje introduce una doble dimensión: (1) *del lenguaje emerge la experiencia de lo mental y la conciencia humana como expresión del centro más íntimo del hombre*, (2) *el lenguaje sitúa al individuo en la coordinación de las interacciones recurrentes junto a otros, es decir, permite la creación de un mundo junto con otros* (Rodríguez & Torres, 2003, pág. 117). Pero el mundo junto con otros se crea mediante interacciones lingüísticas no informativas, porque la construcción se determina por la organización propia de cada individuo y no así por la transmisión de información. Se forma entonces el *dominio lingüístico*, siendo el resultado del acoplamiento de sistemas autopoieticos (Maturana & Varela, 1995).

Una segunda crítica de los autores señala que al referirse a seres vivos y sistemas sociales, se connota sistemas diferentes, porque su organización es distinta, definiendo la autopoiesis por tal organización. Es decir, *la identidad del sistema queda organizada sólo en su organización, no en su estructura* (Maturana & Varela, 1995, pág. 73).

Por lo anterior, una tercera crítica implica que el sistema social no es autopoietico en el espacio de las comunicaciones, porque para la teoría biologicista un sistema es autopoietico por comunicaciones o por seres vivos; nunca por los dos porque lo social se define por relaciones conductuales entre los organismos.

Y al respecto, la fenomenología individual de los organismos vivos, quedaría subordinada a la *autopoiesis de la sociedad*. Pero esta autopoiesis será biológicamente válida mientras satisfaga la autopoiesis de sus miembros. Por lo tanto, Maturana y Varela prefieren distinguir la teoría autopoietica luhmanniana como las características de una cultura (Maturana & Varela, 1995).

Pero, si bien los argumentos de Maturana y Varela son importantes, puesto que entregan un principio teórico para entender esferas y problemas de la sociedad contemporánea, posicionando su teoría en todos los niveles de complejidad referidos a lo vivo, es decir: células, organismos, conciencia, comunicación, lenguaje y sociedad, es la teoría de Luhmann la que explica – en todas sus esferas – la realidad de sociología de la salud en la actualidad, explicando que los elementos de una sociedad no son los individuos ni acontecimientos biológicos o psicológicos, sino que la sociedad es un sistema compuesto sólo por comunicaciones, estableciendo que la comunicación está por sobre la acción porque el lenguaje al ser un fenómeno inédito, no se limita sólo a conductas lingüísticas, sino que está determinado por los significados que adquieren para el ser humano (Rodríguez & Torres, 2003). Es la comunicación del ser vivo con la realidad social que ha creado en su entorno. En consecuencia, lo anterior remite a que: *los sistemas sociales son autopoieticos en términos de su propio modo de producción y reproducción* (Sciulli, 1994 citado en Rodríguez & Torres, 2003, pág. 124).

Es decir, las interacciones dentro del sistema social se describen mediante la comunicación determinada por la conducta que forman los organismos que son parte de la sociedad, construyendo la realidad.

A pesar de todos los esfuerzos por comprender la *autopoiésis de la sociedad*, Kottow (1991) critica la teoría autopoiética, sin olvidar que se estudia a seres vivos, con una evolución biológica que es parte de un fenómeno histórico (Maturana & Varela, 1995), cuestionando: *¿cómo un sistema social autopoiético fomenta la mantención y reproducción de componentes disfuncionales (enfermedades crónicas y hereditarias) o el deterioro progresivo y costoso de sus componentes, sobre los componentes causados por otros sistemas?* (Kottow, 1991, pág. 83) Con esto explica que la teoría sistémica es importante en la sociología de la salud, pero debe superar sus argumentos, abriendo el debate en el cambio de paradigma desde una *sociología en medicina* a una *sociología de la medicina*.

4.2.2 Cambio de paradigma en sociología de la salud

La teoría de sistemas se ha estancado en explicar sólo su funcionamiento interno, ignorando y dejando a un lado el estudio y constitución de factores sociales en salud (Latour, 2009). Por lo tanto, hay que entender que *“la complejidad del mundo social lleva a la formación de sistemas y estos tienen una comunicación intrasistémica”* (Kottow, 1991, pág. 83), porque el sistema médico es parte del mundo social, teniendo normas, códigos, programas y la interacción con otros sistemas.

Es preciso señalar que el objetivo del sistema médico es la preocupación por la adaptación del organismo humano a su entorno, explicando que lo social está en el centro de la salud y la sociología. Esto pretende afirmar que la salud de la población depende de factores socioeconómicos (Kottow, 2012).

Referido a lo anterior, la *sociología en la medicina* o medicina social nace en el siglo XVIII para considerar que los factores socioeconómicos tenían un papel fundamental en la salud y bienestar corporal de la población, y con ello tener una mayor eficiencia del trabajo. Por lo demás, tiene un fin político que desarrolla los conceptos de solidaridad social y subsidiaridad social. Se desarrolla la medicina preventiva, porque en términos económicos y biológicos es más eficiente evitar una enfermedad que tratarla. Además, el cambio de paradigma genera un cambio en la concepción de *enfermedad*, considerándola como fenómeno biológico individual. En este cambio se problematiza este concepto, discutiendo si es biológica o social. En consecuencia, los lineamientos biologicistas entran en crisis, buscando un nuevo conocimiento que comprenda los principales problemas de salud (Laurell, 1981).

Estas nuevas consideraciones afectan principalmente a la práctica médica en la corriente latinoamericana, ya que no cubre de manera integral las necesidades de la población. Como consecuencia de aquello, se cambia de rumbo desde la *medicina social* a la *sociología de la medicina* o *sociología médica*, modificando con ello el modo de pensar y comunicar la salud, enmarcándose en una constitución biológica y social. Se incorporan complejos esquemas de pensamientos capaces de estudiar a las unidades culturales, como: la teoría comunicativa, la semiótica y la teoría general de sistemas (Kottow, 1991).

Con la *sociología médica* emerge un servicio médico que se constituye como fenómeno social, no tanto en la búsqueda de eficacia, sino más bien en la construcción de un ambiente sano (Kottow, 1991). Es decir, no interesa el médico como agente sino que como profesión y tampoco el paciente como doliente, sino como grupos humanos que actúan de acuerdo a parámetros y contextos de su situación social.

Además, con la nueva *sociología médica* se revela la existencia de dos ciencias: una que sabe y otra que todavía no sabe. Latour (2009) lo denomina *caja negra*, donde no se sabe lo que entra y tampoco lo que sale. Es decir, por un lado está el proceso biológico y por el otro el proceso social, sin saber qué pasa dentro, ni cómo uno transforma al otro. Lo único que se sabe es que no se buscan las cualidades internas del nuevo mecanismo, sino las consecuencias externas que sufre en manos de otros, explicando que tales consecuencias son irreversibles (pág. 5).

En este contexto el cambio a la *medicina social*, conllevó importantes formas de organización de servicios, políticas de salud y sistemas sanitarios, pero éstas al estar bajo un sistema neoliberal, no alcanzan a cubrir las necesidades humanas, ni tampoco el bienestar de la población. En consecuencia, el cambio de paradigma posiciona a la salud más allá de la dicotomía *salud-enfermedad*, considerando ahora aspectos culturales y socioeconómicos, entendiendo que la salud es un fenómeno social. (Donati, 1994).

Estas nuevas consideraciones demuestran que la enfermedad es histórica y social y se articula con otros procesos sociales. Es decir, depende del *desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción*; se recalca en este cambio una estandarización de necesidades: aunque dentro de la sociedad las clases sociales tienen distintas condiciones de salud y tratamiento, se priorizan las necesidades de la clase dominante, presentándose como necesidades globales de toda la población (Laurell, 1981).

Por ende, es necesario salir de la dicotomía salud-enfermedad, porque no pueden ser entendidas por separado, sino que son dos momentos de un fenómeno histórico-social, por lo tanto es preciso la existencia de “*una comunicación activa entre instituciones sociales y mundo vital*” (Donati, 1994, pág. 30), porque la salud es parte del fenómeno social. En consecuencia, la sociología médica visualiza la realidad social de la enfermedad y la salud como multidimensional y suprafuncional (Donati, 1994).

La salud-enfermedad es un proceso que poca relación tiene con factores psicológicos o físicos, sino que se constituye en el *malestar o bienestar* de los individuos, mediante componentes históricos y sociales. Para su constitución es necesario: (1) determinar que el concepto de salud se define socialmente desde determinado fenómeno, y (2) en la enfermedad hay un proceso biológico que se da en la población, independiente de lo que se piense respecto a la enfermedad (Laurell, 1981).

Sin embargo es en la forma de enfermar y morir de la población, donde se demuestra que salud-enfermedad es parte de un proceso social. Según Laurell (1981) es una experiencia lineal y desarrollista de la enfermedad en la sociedad, porque su historia es la historia de las fuerzas productivas.

Como los momentos salud-enfermedad afectan principalmente a la población trabajadora y desprotegida, para ellos está prácticamente “*prohibido*” enfermarse, porque enfermedad es: la incapacidad de trabajar, estando en relación con la economía. Siendo parte de una articulación: Proceso social-Proceso salud-enfermedad, es decir, depende de cada grupo la frecuencia y forma de enfermar.

“*La enfermedad puede ser considerada como un modo de respuesta a las presiones sociales (...)*” (Parsons, 1951, pág. 402). Por tanto enfermedad refiere a dos perspectivas: (1) médico clínico: entendiendo la enfermedad como un proceso biológico de los individuos, (2) su concepto ecológico: viendo la enfermedad como el resultado de un desequilibrio en la interacción del huésped y su entorno (Laurell, 1981).

Si bien la salud no puede ser reducida sólo al concepto enfermedad, se propuso entonces el concepto Salud-Enfermedad-Atención (Menéndez, 1983 citado en Castro, 2011), considerando la subjetividad de los individuos en la salud, teniendo una respuesta individual dependiendo de la afección, personalidad y el funcionamiento que existe frente a la enfermedad (Rojo Pérez & García González, 2000).

Por lo tanto, la forma de entender la salud, modifica la estructura social mediante la triada *Salud-Enfermedad-Atención* haciendo hincapié en la salud pública. Caracterizándola como una disciplina social con aspectos políticos y económicos, señalando que: “*La salud es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la economía*” (Rojo Pérez & García González, 2000, pág. 99).

Si bien la sociología médica trajo consigo un aumento de técnicas médicas, tales como: tecnología en instrumental y procedimientos médicos, relevancia psicosocial, relevancia profesional, relevancias político-económicas y legitimación alopática (Kottow, 2012), no es menos cierto que también arrastró un rendimiento médico marginal en algunas sociedades menos desarrolladas. Se sustenta en una salud pública autorresponsable e individual, siendo los sectores con bajos recursos los más desprotegidos, limitando su acceso a una salud de calidad y con ello a una menor calidad de vida.

La individualidad y autorresponsabilidad impuesta refleja los criterios del sistema neoliberal, obligando a que el organismo humano se adapte a su entorno, amenazas y deficiencias. Con Estados que desligan sus obligaciones preventivas (Kottow, 2012), instaurando nulas o deficientes políticas públicas en salud, traspasando la responsabilidad al individuo con medidas de conducta para llevar una vida saludable con calidad, globalizando programas sin considerar las características y realidades económicas, culturales y políticas de cada país.

Pero con la individualidad y el abandono del Estado en salud reflejó que en ciertos países el nuevo sistema económico no mejoró el acceso a la salud, sino que por el contrario, tener una calidad de vida satisfactoria es poco probable, porque inversamente demuestra que el pensamiento neoliberal se basa en desigualdades sociales, y privatiza a su vez la seguridad social con la modificación del rol protector del Estado. Se aplica en su reemplazo el concepto: “*igualdad de oportunidades*” en sociedades democráticas; pero en cambio lo que se entregan son soluciones momentáneas e infértiles.

Por lo anterior es que a partir de la nueva concepción de salud pública, precaria y desigual, hay algunos que se benefician y otros que son amenazados por los riesgos en la sociología médica. Es el caso del desarrollo de la industria farmacéutica (Kottow, 2012), manipulando los riesgos, el mercado, la vida de las personas y la percepción social de la salud con la imposición y colusión en precios de medicamentos.

La sociología médica y especialmente la salud pública se modificaron de manera positiva en los países desarrollados, pero en el resto de las sociedades la mirada europea que se proponía sólo generó un mayor hundimiento de las clases sociales más bajas, aumentando las desigualdades. La sociología médica no tuvo en cuenta la diversidad de cada nación, complejizando incluso la salud.

Especialmente en el caso de Chile la cobertura de salud aumentó su tratamiento en enfermedades crónicas, pero desprecuparon sus esfuerzos en pacientes agudos (Castro, 2011); eliminando la prevención que existía, con uno de los presupuestos más bajos del mundo.

Por tanto, la sociología médica en Chile no ha salido de una etapa inicial, porque se sigue viendo al sujeto enfermo como un actor con dependencia pasiva respecto al mismo sistema, que sólo recibe beneficios o ayudas de una estructura mayor (Kottow, 1991), con un mercado de salud en una nueva consideración médica, bajo intereses de grupos de poder.

4.2.3 Los roles en la dicotomía médico-paciente

A pesar de tener a nivel mundial un sistema económico de libre mercado, que pretendía generar mayores oportunidades para el desarrollo, no se refleja en el sistema de salud – sobre todo en Latinoamérica –, porque la salud sigue bajo la mirada parsoniana donde el paciente adquiere una impronta pasiva; por otro lado, en algunas culturas, la práctica médica cae en una dinámica lucrativa, precarizando la salud y limitando el acceso de la sociedad (Kottow, 2012).

Como se ha mencionado, las conceptualizaciones sobre enfermedad y salud pública adquieren algunas modificaciones, especialmente en la relación médico-paciente desde un punto de vista mayormente social y participativo.

Para Parsons (1951) en el rol del enfermo – o paciente – y el médico, está la globalidad de la persona, compenetrando diversos subsistemas; por ende la enfermedad en este sentido es el resultado o perturbación de cada uno de los subsistemas, incluyendo además niveles de interacción social y simbolización cultural (págs. 409-415).

Por lo anterior, la enfermedad es un desequilibrio al funcionamiento normal del ser humano, afectando también sus procesos personales y sociales (Rodríguez Bustamante, 1967). La manera en que afecta es según el rol que tienen los sujetos en la sociedad, con cierta posición y función en el sistema: en otras palabras, es el rol y status institucionalizado que tienen dentro del sistema de salud, respecto a ocupaciones o profesiones.

La relación de médico-paciente que propone Parsons se basa en un cúmulo de pautas, normas y valores, que se materializa por un lado, en el conocimiento profesional del médico, con un rol orientado al servicio colectivo por sobre el individual; tiene además una especialidad funcional para combatir la enfermedad de los pacientes, de ahí su comportamiento, teniendo siempre

actitudes universalistas por el otro, neutralidad afectiva y el interés de combatir la disfuncionalidad. Por otro lado está el enfermo cuando se asume como paciente, teniendo un rol con derechos y obligaciones dentro del sistema (Parsons, 1951, citado en Rodríguez Bustamante, 1967), ya que estar enfermo no sólo constituye dolencias físicas, sino que implica conductas basadas en expectativas institucionales (Ibarra & Siles, 2006). Por tanto, los roles de médico y paciente son complementarios, insertos en la lógica de la preservación de la vida (Rodríguez Bustamante, 1967).

De esta manera, “*El término ciencia médica (...) no es la designación de una única disciplina teóricamente integrada, sino de un campo de aplicación*” (Parsons, 1951, pág. 422), ya que la actual práctica médica cimienta sus bases en obtener conocimiento científico para controlar los problemas presentes dentro del sistema social sobre enfermedad y salud, requiriendo para aquello diversos roles institucionalizados y status dentro de la tradición cultural de cada sociedad. En la estructura médica está presente el rol del médico que atiende con una actitud activa y la *persona enferma* que se asume como paciente; ambos roles se organizan a partir de actos particulares, que tienen la capacidad de interactuar en el sistema de salud, conformando la socialización.

Por su parte, el médico pertenece a los roles ocupacionales, denominados como *profesionales*, con especialización técnica constituyente a la división del trabajo, a fin de generar más niveles de competencia exigidos para su desempeño, a partir de la especificidad de su función aplicando instrumentos y técnicas adecuadas; se tiende a sobrentender el rol del médico como un “*sabio general*”, pero su superioridad en la profesión dependerá de su experiencia y tecnicismo. Ya que bajo la mirada norteamericana de Parsons, el rol del médico en la ciencia aplicada, consta de una extensa etapa de socialización para adquirir su conocimiento profesional, para orientarlo a un servicio colectivo más que individual (Kottow, 1991).

El médico es un experto con autoridad institucionalizada, y por tanto tiene la tarea de velar por el bienestar de su paciente, con la expectativa en su recuperación completa, pronta y sin dolor. Para eso tiene la virtud y status para ayudar al paciente en una situación institucionalmente considerada como legítima dentro de la relación médico-paciente. Es importante diferenciar los tipos de médicos: (1) *el médico particular* y (2) *el médico que trabaja dentro del contexto de una organización* (Parsons, 1951, pág. 442). La práctica médica se mueve en el contexto organizativo, ya que depende de la cooperación de clases o especialidades médicas; esto también lo encauza a un tipo específico de paciente.

El médico trabaja con la intimidad del paciente, generando una significación emocional y simbólica. Es por eso que está cargado de valores de las variables-pautas que caracterizan al profesional científico norteamericano que describe Parsons (1951): En primer lugar constituye una estructuración universalista-adquisitiva, más que un particularismo-adscriptivo. En segundo lugar, el universalismo posee una significación funcional ligada a la especificidad funcional, porque una genera a la otra. Es decir, no es concebible si es universalista pero no especializada. Siendo así, como tercer elemento, el rol del médico se relaciona con la especificidad de su competencia y la legitimidad de su ocupación. Esto permite también mantener un cuarto elemento, la neutralidad afectiva, donde el médico deberá ser objetivo frente a problemas objetivos y justificables, en este caso frente a una enfermedad particular. Como quinto elemento tiene una orientación colectiva – a pesar que el paciente se proyecta en el médico de forma particularista según sus necesidades – lo que distingue al médico de otro tipo de profesiones dentro del sistema ocupacional, ya que su

esencia es dejar sus intereses particulares y velar por los pacientes, generando su confianza (págs. 121-123).

Frente a estos valores, el rol del médico permite generar un nexo íntimo y amigable con sus pacientes, como una figura significativa para los mismos.

Al igual que el estar *enfermo* implica un rol social, con expectativas institucionalizadas respecto a la mejora de su enfermedad. En el rol del enfermo hay ciertos aspectos dentro del sistema de expectativas institucionalizadas: (1) Hay excepciones respecto a las responsabilidades normales al rol social, esto depende de la naturaleza y gravedad de la enfermedad. Y como en toda pauta institucionalizada del sistema social, se legitima su acción como el derecho y la obligación que tiene como persona enferma de eludir ciertas obligaciones. (2) La definición institucionalizada de considerarse como una *persona enferma*, tomando en cuenta que no se puede recuperar por simple deseo o decisión, ya que no depende con sólo cambiar su actitud frente a una enfermedad, sino que debe de sobremanera cambiar su condición, siendo el puente para la aceptación de ayuda. (3) El hecho de estar enfermo es *per se* indeseable, pero el rol del enfermo tiene la obligación de querer sanar. (4) El enfermo tiene la obligación de buscar ayuda técnicamente competente y de cooperar en todo lo que le diga el médico para sanar, articulándose entonces la relación del médico y el paciente en una complementariedad, como una tarea en común, porque una vez que el rol del enfermo se define frente al médico, pasan a formar una orientación colectiva, legitimando su relación desde el auto-interés que tiene el paciente por curarse y las órdenes del doctor como elemento de autoridad (Parsons, 1951).

En consecuencia, el rol del enfermo en la estructura social tiene una condición dependiente, porque según Parsons (1951) se tiende a sobrellevar como un rol negativamente adquirido, porque nadie pretende considerarse como *enfermo*; y en los casos donde la enfermedad es mayor, genera una frustración en las actividades diarias de los individuos, no logrando desarrollar las pautas de su vida normal; por su incapacidad se siente humillado, aislando e interrumpidas sus relaciones sociales (pág. 412). Por eso, la mayor característica del rol del enfermo es el deseo de recuperarse, adquiriendo una responsabilidad frente al médico, y una vez que se asume como *enfermo*, aceptando la ayuda de un profesional médico, se distingue como *paciente*.

El paciente se siente desamparado y con necesidad de sanar pero tiene la incompetencia técnica para sanarse a sí mismo – a menos que sean enfermedades que no necesiten la experiencia médica –, por lo que requiere de ayuda, dependiendo del tipo de enfermedad, sufrimiento e inhabilitación para desarrollar su rol en la sociedad; así como también es importante la perspectiva cultural sobre estar enfermo.

Es decir, enfermo y médico están relacionados institucionalmente en equilibrios motivacionales del sistema social, esto les hace asumir una significación como mecanismo de control social, ya que el enfermo condiciona al médico para que se especialice.

Sin embargo, existe una marcada crítica a Parsons, argumentando que los roles del enfermo depende de valores culturales y si la persona se considera enferma. Además, critica que los pacientes que caracteriza Parsons en su teoría no engloba a los pacientes crónicos, ya que por lo general no pueden volver a desarrollar su rol normal en la sociedad, incluso por mucho que tenga

la iniciativa de sanarse y colaborar con el médico. Esto porque según Ibarra y Siles (2006), “*el proceso de enfermar supone cambios importantes y desordenes a nuestro sistema, con modificaciones de la vida cotidiana (...) Además, por encima de todo, las personas son dadoras de significado, de las situaciones en las que se encuentra. Sin embargo, difieren una de otra en la forma que dan sentido a los acontecimientos que les afectan*” (pág. 123).

4.2.4 El trasfondo lucrativo de la medicina actual

Al hablar de las modificaciones que genera la práctica médica en la vida cotidiana de las personas, se habla también de las modificaciones y relación que existe con la economía. En las sociedades liberales modernas hay orientaciones capitalistas y lucrativas, en dos niveles: (1) individuos independientes con la iniciativa de ganar dinero por sí mismos, y (2) el rol de una organización que se orienta principalmente al lucro. Esto es lo que Parsons (1951) denominó “*Móvil de lucro*” (pág. 231).

El *móvil de lucro* no es inherente de los seres humanos, sino que forma parte de una meta situacional generalizada, estando presente en todos los sistemas de relación social. Es lo que se consideró como: “*racionalidad práctica*”, reflejándose a través de determinados roles en los sistemas sociales, con pautas de orientación que forman al moderno *hombre de negocios* en la dinámica lucrativa.

Si bien la dinámica lucrativa es más coherente a unos individuos que a otros, no tiende a responder a un tipo específico de personalidad, sino que es una consecuencia de diversas raíces motivacionales que se producen en el sistema social, con un foco en el fenómeno del intercambio estructural, buscando una clase de ventajas altamente generalizadas (Parsons, 1951).

El lucro puede tener un interés puramente personal; por el contrario puede ser un aspecto de un rol institucionalizado para un individuo en una compleja red de relaciones de mercado; o bien puede ser una orientación en el rol de un miembro de una colectividad, con roles obligados al lucro, aun cuando los roles en las colectividades se orienten más bien a la cooperación (Parsons, 1951).

El lucro puede estar presente en todos los espacios del sistema social, incluso en la práctica médica. Parsons hace la diferencia entre el hombre de negocios y el médico, ambos con ideologías opuestas en cuanto a profesionalismo y comercialismo.

El hombre de negocios se caracteriza por tener oportunidad legítima de ganancia, visto como una persona egoísta. Mientras que el médico es caracterizado como un ser altruista y bondadoso, que actúa por y para el interés de los otros. Es decir, “*el auto-interés del médico es actuar contra su propio auto-interés*” (Parsons, 1951, pág. 438). Por ende, el médico considera al comercialismo como un enemigo para la práctica médica y el rol que debe desarrollar.

Lo que diferencia en Parsons al médico del hombre de negocios, es la práctica simbólicamente significativa que constituye con el paciente, ya que la especialidad médica está orientada al servicio de la sociedad.

Sin embargo, en la actual economía de mercado, tener una buena salud es un valor social, por lo que se ha distorsionado la visión médica. Si bien, los Estados deben penar las malas prácticas

lucrativas, prohibiendo aprovechar las oportunidades de ganancias financieras por sobre el bienestar de la población (Parsons, 1951), no lo hacen, porque ya no se excluye al sistema médico del lucro.

El sistema médico chileno está diseñado para que el médico realice una selección de pacientes, ignorando el código de su profesión – sobre todo en lo que respecta al sector privado de salud – convirtiéndose también en un hombre de negocios. El médico en el sistema lucrativo puede rechazar a pacientes por no tener las garantías financieras suficientes o la previsión de salud necesaria, generando una desprotección en sus pacientes, que se inicia en el Estado.

4.2.5 La reformulación del concepto biopolítico en el sistema social

El sistema social se piensa desde el Estado como una práctica de racionalización, capaz de fijar reglas y maneras de actuar, transformando el *deber ser* del Estado. Su principio central es gobernar, para ser sólido ante las amenazas que intenten destruirlo pensado para aquello en un nuevo arte de gobernar (Foucault, 2007); por eso, se pensó primero al sujeto como un cuerpo-máquina: educándolo, aumentando sus aptitudes, utilidad y docilidad; posteriormente esta concepción se modificó, incorporando sistemas de vigilancia y control eficaces y económicos, gatillando el adiestramiento y disciplina del sujeto. Esto es lo que Foucault llamó *Biopoder*. Caracterizado como tipo de poder moderno que actuaba sobre los cuerpos, de forma que generaba estrategias de poder para controlar a la población, actuando en todo ámbito: en la vida misma, en salud y en el debilitamiento de las poblaciones (Mayrhofer & Cuevas, citado en Lemm, 2010), en definitiva controlaba el interés de vida y muerte.

Los sistemas incorporados a través del *Biopoder* se preocupan de la salud y enfermedad de la población, pero no responden a las preocupaciones de los Gobiernos, respecto a tasas de: baja densidad demográfica, modificación de la estructura urbana y muerte de mano de obra; dando cuenta que el problema era biológico, construyendo entonces una forma específica de Gobierno que se preocupara de los procesos biológicos de la población: la *Biopolítica* (Lemm, 2010), constituyendo el programa e inquietud de los gobiernos, actuando dentro del *Biopoder* pero con una mirada más biológica y física de la vida.

La *Política de la salud del pueblo o biopolítica es una rama del Biopoder*, que según varios estudios de Foucault, distingue en tres sentidos: El primero es el punto de inflexión que se manifiesta en el pensamiento político de Occidente que inicia en el siglo XVIII como una práctica gubernamental, que tiene como resultado velar por la vida, lo que López (2013) llamó un dispositivo de saber/poder; el segundo sentido se refiere a las tecnologías y discursos presente en el racismo moderno (pág. 115); y por último como tercer sentido hace uso del término biopolítica para referirse a la racionalidad política en un tipo de gubernamentalidad liberal (Lemm, 2010).

Si bien desde la edad media, de una u otra forma, ha existido preocupación de los Gobiernos por la salud del pueblo – sobre todo lo que respecta a materia pública, y dentro de esta preocupación se agregó el mantenimiento del orden civil y el aumento de la riqueza de algunos individuos o grupos de poder político, donde el soberano, rey o monarca tenía el derecho de vida y muerte de los individuos – fue hasta el siglo XIX cuando el modelo biopolítico se redefine tomando mayor fuerza, desplazando la concepción del soberano, reemplazándolo por un “*poder de hacer vivir-*

dejar morir”, con Gobiernos basados en la triangulación Orden-Riqueza-Salud (Ávila Fuenmayor & Ávila Montaña , 2010). Reflejándose en informes, reportes y estadísticos que dan cuenta del contexto biológico y económico de los fenómenos de mortalidad, con el fin de tomar medidas para revertir tal situación. Algunas fueron políticas de intervención con campañas etiquetadas como preventivas, tales como la higienización personal y por otro lado se apuntó a la medicalización de la población, combatiendo problemas sociales.

Consecuentemente el modelo de biopolítica con racionalidad liberal, tiene concordancia con la continuidad postmoderna, estudiando los fenómenos de los seres vivos organizados, es decir de la población. Por consiguiente la biopolítica tiene un impacto en el devenir político de los programas de Gobierno (Ávila Fuenmayor & Ávila Montaña , 2010), tomando en cuenta que el Estado debe hacerse cargo, entregar las herramientas y oportunidades al pueblo para mantener una buena salud y con ello una mejor calidad de vida. De esta forma es el Estado el que ejerce el control sobre la población, pero un control distorsionado de lo que era el *Biopoder* en sus inicios, es más bien un control a través de políticas públicas de salud, clasificando y definiendo a la misma población.

Es importante que el Estado a través del Gobierno de turno no obvie sus responsabilidades, ya que como menciona Foucault (2000) *la biopolítica tiene que ver con la población, y ésta como problema político, como problema a la vez científico y político, como problema biológico y problema de poder* (pág. 86). Es decir, es la estatización-de-lo-biológico, como ejercicio de poder del Estado sobre el hombre para la consideración de la vida en: salud, higiene, natalidad, morbilidad, longevidad, etc., mediante la incorporación de mejoras asistenciales (Ávila Fuenmayor & Ávila Montaña , 2010).

Este modelo tiene la virtud de manejar a las poblaciones y controlar sus cuerpos, sin embargo, el liberalismo renovado del siglo XX entrega un sesgo al entendimiento de la biopolítica (Lemm, 2010).

Las transformaciones que trajo el mercantilismo, fue la limitación de la razón del Estado en materia de derechos, desenfocando su mirada y eliminando de la sociedad esos derechos que por ley les eran atribuidos.

“En realidad, el derecho y las instituciones judiciales que habían sido intrínsecas al desarrollo de poder real se convierten ahora, en cierto modo tanto en exteriores como en exorbitantes con respecto al ejercicio de un gobierno según la razón del Estado” (Foucault, 2007, pág. 25). El sujeto pierde su impronta de oportunidades que tenía en el sector público, las leyes se vuelven en contra del derecho, quebrando la relación que existían entre individuos y poder público. Quien normaliza la vida en esta época es el poder privado.

El Estado de derecho planteaba la idea de medidas formales e integrales para toda la sociedad, eliminando el particularismo, y por lo mismo se pensaba que los nuevos aires de cambio económico generarían mejores visiones del Estado de derecho, pero claramente la situación fue contraria, y más bien el Estado fue el blanco de intervenciones económicas de carácter mercantil, desviando la mirada hacia otro actor principal, porque: *“en esta sociedad liberal el verdadero sujeto económico no es el hombre, no es el consumidor ni productor, sino la empresa, en ese régimen económico y*

social en que la empresa no es una simple institución sino una manera de comportarse en el campo económico” (Foucault, 2007, pág. 277).

Por lo tanto, la teoría foucaultiana sobre Biopoder le da una significación que deja al descubierto la visión normalizadora y lo mortífero de la gubernamentalidad liberal bajo una biopolítica con una economía clásica, para luego modificarse a una gubernamentalidad (López, 2013) con un modelo biopolítico basado en el control de los cuerpos y con ello el control también de la población, es decir, se pasa de una libertad política a una libertad económica por la relación de libre mercado. La gubernamentalidad neoliberal opera como una norma y las instituciones jurídicas son aparatos reguladores, convirtiéndose en una parte administrativa del Estado (Vatter en Lemm, 2010).

Por lo tanto, el nuevo sistema económico trae consigo también nuevas subjetivaciones en: (1) la expansión y mutación de un tipo específico de población mediático-informal, es decir, la población presiona y es presionada para que adopte nuevos estilos de vida, en el sentido obligatorio de la individualización-diferenciación; (2) hay una reorganización del poder sobre la vida, vinculadas al cambio del capitalismo industrial por uno financiero; (3) Redefinición de las relaciones sociales y los comportamientos individuales, para encajar en la racionalidad neoliberal. Ya no se piensa en cuerpo-máquina, sino que el individuo se piensa como cuerpo-especie; y (4) el nacimiento de una nueva *episteme* como punto de arranque a las relaciones de saber/poder indispensables para las nuevas formas de subjetivación (Costa & Rodríguez en: Lemm, 2010). De esta manera crea nuevas subjetividades donde priman las individualidades, formando a consumidores de bienes y servicios, entre ellos el acceso a la salud.

Aunque se han implementado estrategias para permitir la seguridad social frente a la aleatoriedad de los seres vivos y optimizar un estado de vida, además estando en un periodo gubernamental donde existen mecanismos reguladores, estableciendo equilibrio en la sociedad desarrollando la función de homeostasis, analizados a partir de la bio-historia (López, 2013), no todos los Estados desarrollan la biopolítica de la misma manera, ya que si bien existen planes y programas orientados a las mejoras de salud y bienestar de la población, muchas veces quedan en discursos o sólo llegan a ser proyectos gubernamentales, no materializándose como política pública. Esto indica que los gobiernos tienen la libertad de dejar de hacer o dejar pasar ciertas oportunidades referentes a derechos jurídicos de salud.

En realidad el neoliberalismo es una *regresión jurídica* (Vatter, en Lemm, 2010), porque esconde en la biopolítica sutiles estrategias de control de la densidad poblacional, con tecnologías que dejan vivir como otras que dejan morir, por lo que en este sentido la biopolítica también es una tanatopolítica, es decir garantiza la vida pero debe sacrificar una parte de la población (Paolo Adorno, en Lemm, 2010). Tal como manifiesta López (2013) a la teoría foucaultiana: *“Para condenar a la miseria a miles no necesita recurrir a las armas, le basta con decretos de gobierno y medidas económicas sustentadas por discursos que defienden a ultranza la autorregulación del mercado”* (pág. 133). Es decir, la maniobra del sistema económico no deja nada exento, ya que si bien entrega opciones biopolíticas y privadas para una mejor salud, puede si quiere también, generar un genocidio institucionalizado. Por tanto la era de la gubernamentalidad neoliberal en biopolítica supone estar en relación no sólo con factores derivados de lo biológico sino también con factores económicos, políticos y sociales.

Distribuye el poder en salud de manera desigual, donde las oportunidades de una mejor calidad de vida no son igual para todos. Entrega por el contrario, una forma de exclusión, discriminación y estigma en las personas enfermas, lo que deja en claro las carencias del sistema de políticas públicas y el paradigma biomédico (Mayrhofer & Cuevas, citado en Lemm, 2010).

En otras palabras la biopolítica neoliberal es inmunitaria, porque se traspasa la responsabilidad al individuo del cuidado de su cuerpo. Y se le criminaliza y discrimina si enferma, catalogándolo como un ser irresponsable y que puede enfermar a otros. Esto es lo que se entiende como la “*seguridad social*” en el neoliberalismo, que no es más que un egoísmo del mercado que no sólo afecta a los cuerpos sino que también afecta al ambiente social de los enfermos.

Aunque es de considerar que, si bien el neoliberalismo no es igual en todas las sociedades, sí en las interpretaciones que tuvo en América Latina y especialmente en Chile fue contrario a lo que planteaba Foucault: “*se constituía a partir de una dictadura que “construía un Estado” sobre las ruinas de un Gobierno y un régimen de derecho*” (García de la Huerta, en Lemm, 2010, pág. 187).

El Estado ejerce poder político sobre la sociedad, a partir de su organización, dirección y fuerza dentro de la misma. Es decir, el poder político es un poder sobre los otros, que no sólo engloba la idea de fuerza sino también de dominación, como principal elemento del Estado, a partir de la soberanía y legitimidad que le entrega al mercado (López Hernández, 2009).

Esto es lo que legitima al neoliberalismo para quitar derechos y privatizar otros. Su legitimación se esconde en lo que se denomina “*Democracia neoliberal*”, donde se imponen ciertas normas bajo la idea del ejercicio del derecho, pero no especifica que es el derecho mercantil.

Incluso la nueva forma de Estado le otorga la legitimidad al mercado para que a través de sus organismos privados controle y administre la salud, bajo un dominio y una libertad coartada por las limitaciones del dinero y las desigualdades sociales.

Cuando los Estados aceptan el actuar del capitalismo financiero, no necesita gestionar todos los cuerpos, más bien se preocupa de unos a consecuencia de abandonar otros. Como resultado de la administración de la biopolítica por el sistema económico, no hay respuesta a las necesidades de las enfermedades, surgiendo demandas sociopolíticas al sistema político comenzando a politizarse (Mayrhofer & Cuevas, citado en Lemm, 2010).

Lo paradójico es que, si bien el sistema económico provoca inseguridades y miedos, también sus deficiencias forman lo que se conoce como ciudadanía biológica (Mayrhofer & Cuevas, citado en Lemm, 2010), lo que permite empoderar a la población para que demanden derechos universales biomédicos en la esfera del Biopoder, ya que desde aquí la medicina es entendida como una relación puramente de poder. Las demandas politizan esos derechos como una respuesta reversa al control y administración de la población por parte de la biopolítica neoliberal, generando más bien estrategias de autogobierno biopolítico.

Estas estrategias se van formando a través de los discursos de la población empoderada rotulados como “*pacientes*”. Si bien la biopolítica busca que los pacientes obedezcan los mandatos del doctor y se acojan a las oportunidades que están en el sistema público de salud, también la mirada neoliberal obliga a que el paciente sea autorresponsable de su vida. Esto incluso puede tomar un

rumbo positivo si es bien manejado, porque entrega la libertad al individuo de romper con ciertas formas de control social.

Al respecto, una de las características preponderantes de la biopolítica neoliberal es la carencia de políticas farmacéuticas, con una directa relación en la asignación de recursos desde el Estado a la salud pública, controladas a través de la relación existente entre el Estado y el mercado.

En el caso de Chile, el sistema de salud público cuenta con un listado de medicamentos, estandarizando a los pacientes, o en palabras de Foucault (2009) parecido a una *panacea*, es decir una sustancia que servía para curar cualquier enfermedad o problema. Pero cabe señalar, que el cuerpo humano es distinto en cada ser, y en algunos casos la estandarización no provoca los efectos deseados en el enfermo. Un claro ejemplo considerado como medicamento universal, es el opio usado durante la época clásica para los enfermos de locura, actuando a niveles anatómicos y funcionales, pero no en todos los tratamientos tuvo el mismo éxito. Por lo tanto, el mito de desaparición de la *panacea* que se arrastra alrededor del siglo XVII, no se ha extinguido incluso en la actualidad, obstaculizando la aplicación de un medicamento específico para determinadas enfermedades, por lo tanto la idea de curación en la salud sigue estando en el plano abstracto. Es de considerar además, que el remedio no es general en sí mismo, sino que se inserta en las formas más generales del funcionamiento del organismo (pág. 89) y también a este respecto en el funcionamiento y desarrollo de la vida cotidiana del enfermo: “*Por eso el tratamiento para el enfermo es un movimiento regular y real a la vez, y que obedezca a las reglas del movimiento del mundo*” (Foucault, 2009, pág. 102).

En tal aspecto, es difícil vencer la *práctica de panacea*, ya que son los programas gubernamentales los encargados de lidiar con esta dinámica, y son los mismos los que deben dar el mandato de mejorar la especificidad de medicamentos para la curación de los pacientes, y suprimir con ello “*la enfermedad*”.

Por ende, en la tensión creada entre Estado y Mercado hay un juego de significados que están inmersos en la estructura social, donde los ciudadanos no tienen la posibilidad de expresarse y de organizarse para reclamar sus derechos de salud, ya que tienen roles y status muy marcados en la realidad social.

Es por eso que el derecho de vida y salud debe romper con la alineación que forja el neoliberalismo, combatiéndolo y demostrando que existen potentes poderes sociales, que dan cuenta de la existencia de oportunidades para la población. Ya que como lo consideró Foucault (1999) *la sociedad es un archipiélago de poderes diferentes* (pág. 76).

Al respecto, la legitimidad considera en un sistema neoliberal supone la creencia de orden y dominación política, posicionando en primer lugar un reconocimiento del Estado, a través de su poder político; pero en segundo lugar, la legitimidad responde al reconocimiento de la población en los gobernantes del Estado, los que son considerados como los que tienen el derecho de ejercer el poder. Por ende, el concepto de legitimidad de Habermas enlaza lo empírico y lo normativo, así como lo procedimental y lo sustantivo (López Hernández, 2009).

En consecuencia, la legitimación de la que habla Habermas encarna la creación, interpretación y aplicación del derecho; por cierto no se recurre a las condiciones formales de justificación práctico-morales de las normas jurídicas (Prieto Navarro, 2003).

Por ende, según el momento histórico actual, con esencia mercantil, se han determinado tres tipos de legitimidad presente en la sociedad: 1) La legitimidad que deriva de la legalidad. Esta entendida como una legalidad jurídica o legal mediante la creación de normas y reglas con la creación de organismos gubernamentales, creando leyes y ejecutándolas; 2) La legitimidad derivada del reconocimiento y aceptación social, la que es manifestada por la obediencia de la población al poder político impuesto a través de las leyes y normas; y 3) La legitimidad axiológica, deriva de la justicia de las decisiones del poder político. Es decir son los valores supremos que forman la esencia de la acción del gobierno y sus leyes, valores como: libertad, igualdad, bienestar, entre otros (López Hernández, 2009).

La legitimidad es la creencia de una población en un orden político imperante, gobernando a la sociedad mediante un reconocimiento que hace la población, bajo la creencia de un Estado de derecho democrático constitucional. Pero la concepción actual de democracia sólo refuerza la idea de ciudadanos pasivos, clientes del Estado y el mercado a través de sus organismos privados.

Por lo tanto, el contenido de la legitimidad se enmarca siempre en el momento histórico, por ende el grado de legitimidad del orden económico neoliberal, descansa en una constitución desigual y en una legitimidad merecedora de crítica. Es decir, la legitimidad descansa en la legalidad de los órdenes y del poder que entregan la facultad para que se ejerza el ejercicio de poder sobre los más débiles: la legitimidad representada como una dominación política

“La concepción de legitimidad de Habermas conlleva dos aspectos: 1) la propia formalidad del derecho tiene ya en sí contenidos morales implícitos, pues toda forma necesita contenidos para realizarse; 2) la misma argumentación racional en sí misma produce contenidos morales. Puesto que hoy ya no hay certezas fuera de la propia sociedad, es la sociedad con sus procedimientos democráticos la única fuente de las decisiones políticas, jurídicas y morales” (López Hernández, 2009, pág. 158). Es por estas concepciones de legitimidad en el orden actual que, para que la sociedad se convenza de ésta, debe satisfacer el sistema que quiere legitimar, y con ello tener una fuerza social que justifique su legitimación.

Entendiendo según Habermas (1981) que legitimidad es el hecho merecido de reconocimiento por parte de un orden político, es decir, ser reconocido como correcto y justo. Por lo tanto, la legitimación es un proceso de comunicación, a través de un procedimiento donde el grupo social acuerda los contenidos materiales de justicia que considera convenientes (Habermas, 1981 citado en López Hernández, 2009).

4.2.6 La construcción del derecho social en una base legítima de dominación política

Históricamente los proyectos sociales perdían oportunidad de desarrollarse, y como argumenta Salazar (1994) *“los devastados no pudieron revertir las injusticias perpetradas por sus vencedores, y tampoco pudieron anonadar la porfiada realidad de sus propias identidades”* (pág.

103). Ese vencedor del que habla Salazar es el *mercado*, dejando en el olvido y subsumidos a la clase popular.

Ese olvido se conceptualiza en la deficitaria validación de los derechos sociales a la legitimidad del Estado, siendo que debe ser fundamental dentro de los Derechos Humanos, ya que practicando esto se garantiza que los procesos de construcción del Estado no funcionen como una vía libre para los más fuertes. Es decir, estos puntos de legitimación del Estado y sus proyectos se reversan a partir de la crítica a los toboganes históricos de pragmatismo duro de los que habla Salazar, argumentando que históricamente la construcción de los procesos del Estado no estaban sujetos a una ética solidaria o a un derecho participativo, por el contrario, en raras excepciones sucedía esto (Salazar, 1994).

Si bien el mayor derecho que debe tener todo ciudadano es el protagonismo en la construcción social y política, esto no ocurre y en cambio se crean políticas universales a puertas cerradas o se privatizan algunos derechos, que los ciudadanos deben aceptar y obedecer, legitimando con ello el sistema, por ende la clase política civil tiende a acomodarse al Estado que ha formado el mercado. Sin embargo, hay algunas excepciones donde los ciudadanos sí tienen la oportunidad de tener un rol protagónico, son las impulsadas por Gobiernos Locales, a partir de una transición por abajo, tendiendo a fortalecer las relaciones sociales de tipo horizontal, y por tanto la autonomía de las bases y la centralidad de lo local. Ya que para que los ciudadanos puedan garantizar el derecho a la vida e integridad, es necesario primero ejercer el derecho a una participación protagónica en el proceso de construcción del orden social y político. Puesto que existe una presión desde la base que exige aprender a manejar los mecanismos de formación de conocimiento tanto como los de formación de proyectos y políticas de desarrollo local dirigiéndose a un punto axial y, descentrando por tanto el aparato político del Estado. La presión que se ejerce puede organizarse sin un conocimiento previo de los afectados, pero sí los une un mismo problema y forma una identidad en común ante la sociedad y el Estado.

Considerando por lo tanto, que el axioma de todo sistema social y político debe tener como condición la organicidad y estabilidad a partir de una alta legitimación social; es criticado muchas veces por su abstracción, rigiéndose a las normas del funcionamiento de las leyes de los poderes fácticos, lo que se describe como la nula legitimidad histórica a la fuerza ciudadana, y más bien se construye como la retórica para justificar acciones ilegítimas desde el Estado (Salazar, 1994).

Por lo tanto el neoliberalismo tiene como consecuencia la pérdida del derecho ciudadano, conllevando a una distribución de estabilidad injusta que a la vez legitima la riqueza producida. Pero esta riqueza no sólo se concentra en la esfera económica, sino que atraviesa todas las perspectivas de la sociedad, entre ellas la esfera sociocultural, ya que no sólo afecta a los componentes materiales de la vida, sino que también las estructuras intersubjetivas (McCarthy, 1998).

El sistema entra en una crisis social, ya que se prioriza la producción capitalista beneficiando a grupos de poder, a consecuencia de la disfuncionalidad en argumentos públicos. Es decir, La contradicción del derecho en el sistema económico, se basa en la apropiación de privados sobre la riqueza pública, basado en la tendencia de intereses particulares.

En este sentido, el Estado también entra en crisis, tensionando su responsabilidad planificadora, obviando las demandas de la sociedad, traspasando el derecho a una privatización bajo parámetros económicos a los que no todos pueden alcanzar.

Si bien todo tipo de derecho se forma en una base legítima mediante un estatuto con una línea convencional racional, existe en el derecho moderno una ambigüedad, partiendo por el desencantamiento de una base social dominada políticamente. Éste se presenta de forma secularizada por la naturaleza del proceso histórico, lo que Habermas (Prieto Navarro, 2003) llama *prosecución del proceso histórico universal del desencantamiento*.

En este parecer el derecho consta de cierta ambigüedad, que hace posible la institucionalización de la acción económica y administrativa con arreglo a fines, y con ello también parcela los subsistemas en la sociedad, mediante la acción racional con arreglo a fines de sus fundamentos práctico-morales. Es por eso que las esferas de la sociedad están diferenciadas en las estructuras sociales, transformándose en conflictos de acción, es decir: tensiones en la sociedad entre las orientaciones de acción institucionalizada (Prieto Navarro, 2003).

Los conflictos que se forman en las esferas de la sociedad, conllevan también tensiones en lo institucional, empezando a competir los procesos de racionalidad. Esto es un imperativo común en el mercantilismo, porque la libertad que ejerce no es más que una libertad a medias, ejerciendo una dominación sobre sí mismo, a través de un control y racionalización del mundo, es decir, la razón implica un ordenamiento y dominación; implica el sacrificio de los sujetos negando su propia identidad, se nula a sí mismo dejando de lado sus pulsiones para operar bajo la razón instrumental, dejando de lado la reflexión. Se caracteriza a través del mito de Odiseo (Adorno & Horkheimer, 2016), reprimiendo su naturaleza interior y abandonándose para reencontrarse en el nuevo orden de la naturaleza; abandonándose a sí mismo para salvar su vida en el momento que desaparece, se convierte en antropomorfo ante los ojos de otros hombres. En este aspecto, en la sociedad mercantilista, el sacrificio es la antítesis del individuo y la sociedad, porque éstos no son más que instrumentos, cosas en el nuevo orden económico.

Los sujetos poseen una identidad, pero es una identidad no-idéntica, expresando una desigualdad original del sistema social económico, a través de su mediador por excelencia: el dinero, haciendo idéntico lo no-idéntico provocando la fetichización de la mercancía, consumiendo la vida de las personas. Es por eso que *“las orientaciones de acción cognitivo-instrumentales, las práctico-morales y las estético-expresivas no han de independizarse hasta tal punto en órdenes de la vida antagónicos, que desborden la capacidad de integración del sistema de la personalidad y conduzcan a conflictos permanentes entre estilos de vida”* (Habermas, 2001, pág. 135).

El modelo mercantil se refuerza con los conflictos entre estilos de vida, controlando a los otros mediante el dinero. El sistema de salud tiene esta estrategia de control, donde se le entrega a las personas una *“libertad”* de elección entre el mundo público y privado. Pero sin contemplar que tal *“libertad”* está sobre la base de una dominación política y económica. La medicina cuando tiene en su poder a un enfermo, no se cuestiona si la vida es digna de vivirla y en qué condiciones (Prieto Navarro, 2003), sino más bien simplemente el médico ejerce el poder para conservar la vida, liberando al enfermo de su enfermedad. Pero puede llegar un punto en que los costos sociales, físicos y económicos, sean insostenibles para el enfermo, su familia y el sistema mismo. Por lo

que para el sistema médico mercantil sería más fácil desear la muerte del enfermo; pero la biopolítica, el código penal y racionalidad de la profesión impiden aplicar tal determinación. Contrariamente el sistema de salud ejerce poder sobre los sujetos enfermos pero de una manera sutil y siempre respondiendo a parámetros médicos que están nublados por las maniobras del mercado.

En consecuencia el derecho moderno arrastra ideas jurídicas postradicionales, obedeciendo a formas de racionalidad práctico-morales, y aumentando con ello su complejidad en el sistema económico y administrativo de las sociedades. Pero también sólo el derecho moderno puede ser enjuiciado según sus principios de validez, ya que el derecho debe legitimarse.

Existen tres características fundamentales del derecho moderno. (1) Positividad: el derecho moderno se ejerce como un derecho estatuido, donde el soberano legislador regula situaciones sociales; (2) Legalidad: el derecho moderno no conlleva una motivación ética a las personas jurídicas, sólo lleva una obediencia al derecho, y de no ser cumplidos se sanciona a los sujetos. Pero lo que se sanciona son las acciones que se desvían de las normas; (3) Formalismo: el derecho moderno otorga a las personas privadas ejercer legítimamente su derecho. Hay una libertad pero de acciones privadas, que arrastran también consecuencias jurídicas (López Hernández, 2009) .

El derecho moderno se convierte entonces en el medio para la dominación política, es decir, una dominación legal que se materializa a través de la legitimación, con reglas estatuidas, pactadas por las partes o simplemente impuestas a la población.

Habermas se refiere al derecho moderno haciendo una crítica a Weber en algunos aspectos. Habermas por su parte considera al derecho del Estado liberal como una construcción jurídico-formal, así como también la tenencia de un núcleo moral, que Weber no reconoce, por el contrario éste considera el derecho como una esfera susceptible de racionalización formal, al igual que lo es la producción material de bienes y la lucha por el poder legítimo. Por otra parte, la racionalización del orden jurídico – al igual que el orden económico y político –, está bajo la racionalidad con arreglo a fines, siempre y cuando exista en los sujetos una conexión interna del valor del derecho que rige, la rectitud que tiene para con las normas, en materias de riqueza y poder (López Hernández, 2009) .

También la crítica de Habermas a Weber, es que éste último no comprendió que el derecho está bajo una transformación de los valores del sistema institucional, y luego mediante orientaciones de acción racionales con arreglo a fines.

Por otro lado, Weber limita la racionalidad del derecho a la racionalidad con arreglo a fines y lo construye como un caso paralelo a la materialización de la racionalidad cognitivo-instrumental en la economía y la administración estatal. Enmarca el poder mediante procesos de poder y competencia por el poder (Habermas, 2001).

Además, en la racionalización formal del derecho, Weber lo ve reflejado en la sistematización del manejo profesional y especializado de las normas jurídicas; y también en la reducción de la legitimidad a la legalidad, es decir se transita de los problemas de fundamentación a los problemas

de procedimiento. Por ende las acciones en el ámbito moderno son institucionalizadas en órdenes legítimos, mediante el reconocimiento subjetivo de normas.

Por consiguiente, el tránsito de la legitimidad a la legalidad presente en el ámbito moderno, refleja la forma más común de legitimidad con la obediencia de normas estatuidas. Además con una base en la teoría de justicia, donde el derecho y la moral se relacionan para crear un sistema político con ciertas características.

Estas características hacen que la legalidad pueda crear legitimidad, sólo si la legitimidad pertenece a un orden jurídico legal. Por lo tanto, la legalidad es la correspondencia con un orden jurídico. La legitimidad se da fe en la legalidad por un convenio o imposición de una voluntad poderosa, en la sumisión y obediencia a un ordenamiento impuesto por un individuo o grupo; y cuando no es una motivación con arreglo a fines, sino que son mediadas por ideas de legalidad. Por otra parte, también la legalidad puede ser considerada como legítima en virtud de un convenio entre los interesados; o en virtud de una imposición y su obediencia (Habermas, 2001).

En consecuencia la legalidad no es un tipo independiente de legitimidad, ni sustituye por tanto la confianza en los fundamentos racionales que definen la legalidad del sistema jurídico. Por ende la *“legitimidad se basa tanto en la formalidad de los procedimientos democráticos (legalidad) como en el contenido material de las decisiones y normas jurídicas (justicia)”* (López Hernández, 2009, pág. 161). Esto es lo que critica Habermas de Weber, cómo es posible la legitimidad a través de la legalidad, ya que la legalidad es un síntoma de una legitimidad no sustituida.

A este respecto, la legitimidad es posible mediante un proceso de acción, esta es la teoría comunicativa. Para Habermas (2001) desarrollar la teoría comunicativa a partir de la idea de legitimidad es añadir fundamentos teóricos-normativos a la investigación social (pág. 65), teniendo como punto de encuentro la teoría de la socialización a través de la reproducción de los miembros de la sociedad y la identidad de los sujetos conectadas en la integración social (McCarthy, 1998).

Es decir, se considera que la legitimidad es parte de un proceso de comunicación, partiendo del supuesto que el ser humano ingresa a una red de comunicación lingüística desde el momento que nace, donde el lenguaje ocupa un lugar central manteniendo patrones de comunicación

Es por esto, que en la teoría comunicativa *“los individuos, desde condiciones pragmáticas universales de entendimiento, interactúan construyendo un consenso racional basado en argumentos y produciendo así las decisiones consideradas justas”* (Habermas, 2001, pág. 146). Es decir, en la acción comunicativa reconoce al lenguaje como el medio que recorren los hablantes para generar procesos de entendimientos; además transmite los valores de cada cultura quedando cimentado en cada proceso.

A partir del lenguaje los participantes de la acción comunicativa se presentan en el mundo frente a otros, donde tales procesos experimentan validez siendo reconocidas o rechazadas con pretensiones susceptibles a críticas, mediante una pre- interpretación del mundo de la vida en el mundo social y en el mundo subjetivo de cada participante. El mundo de la vida y las pretensiones de validez conforman las bases que sirven a los sujetos para formar la acción comunicativa. Con esto, el mundo de la vida de cada participante en la acción comunicativa va formando definiciones

que son compartidas con los otros que van coordinando la acción. El compartimiento del mundo de la vida puede ser por particulares o por colectividades. Es decir, el entendimiento lingüístico es sólo un mecanismo de coordinación de la acción, que refleja las relaciones del actor con el mundo (Habermas, 2001).

Los procesos interpretativos al ser compartidos, incluye en la interpretación de cada participante la interpretación que tiene el otro de la situación que está experimentando sobre el mundo de la vida, siempre mediante convicciones aproblemáticas. El modelo de acción comunicativa permite que unos influyan en el mundo de los otros, formando opiniones bajo el criterio de conveniencia.

Frente a estas consideraciones, para Habermas (2001) la legitimación es un proceso de comunicación. Puesto que se busca un entendimiento de los sujetos bajo condiciones pragmáticas ideales que hace que el entendimiento y la comunicación exista al interior de la relación entre los participantes, sin que interfiera una coacción externa a ellos, incluso el poder político estatuido no puede interferir directamente (pág. 396). Es decir los significados e interpretaciones que van formando no pueden ser transgredidos fácilmente porque el consenso o rechazo entre sus interpretaciones forma una esfera, donde los participantes del grupo social son dueños de su verdad y su vivencia.

Todas las interpretaciones son significantes y pueden ser significadas modificando el mundo de la vida de los sujetos; también transforma su estructura mental, con la capacidad de diferenciar el mundo interior del mundo exterior; así como también el mundo subjetivo de los otros. Como señala Habermas (2001), *se cuenta con cambios sistemáticos de las estructuras de las imágenes del mundo, que se explican por factores externos y también deriva un incremento de saber, del que se hace una reconstrucción interna* (pág. 393). Las imágenes del mundo se miden por las categorías que forman los individuos para interpretar su mundo y con ello garantizar su acción.

A partir de la legitimación como medio de comunicación, es posible la institucionalización social de la acción racional con arreglo a fines, como: la formación de subsistemas que se especializan en la acción económica racional y en la administración racional, materializados en el dinero y poder (López Hernández, 2009). Esto es parte de cada sistema social, donde su tradición se pone en cuestión con las interpretaciones que forman intersubjetivamente, frente al mundo subjetivo de cada sujeto y a la colectividad que lo conforman. Y, si se pone en cuestión, es porque está la posibilidad de otras alternativas como parte de la crítica y sistematización de la vida de las personas. Con esto Habermas demuestra que la revolución y desarrollo íntegro de los sujetos y el reencuentro de sí mismo es posible mediante la organización social, con la ayuda de la acción comunicativa.

La acción comunicativa se inserta en diversas relaciones con el mundo. Estas relaciones se forma en un proceso cooperativo de interpretación, el que es a la vez intersubjetivo entre los participantes, *“refiriéndose simultáneamente a algo en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo”* (Habermas, 2001, pág. 138).

Los sujetos van constituyendo un sistema de interpretaciones, elaborando definiciones en común, lo que permite constituir sus realidades. Lo que hacen no es referirse a un mundo mediante conceptualizaciones, sino que expresan a través de definiciones y posiciones la validez que tiene su realidad en el mundo social.

4.3 Los significados construidos en la interacción social

Los conceptos en la esfera sociológica se forman a partir de conceptualizaciones cotidianas que hacen los sujetos de un grupo social, construyendo de esa manera lo que caracteriza su entorno y realidad social (McCarthy, 1998).

La interacción social otorga significados a las cosas, creando procesos interpretativos de la realidad, desarrollando las propiedades universales de acción, estando interconectadas sistémicamente.

Por tanto, la acción comunicativa refiere al lenguaje, la capacidad interna y externa de los grupos de individuos, siempre y cuando, considerando su posición en la sociedad, conllevando que puedan tener grados de autonomía de acuerdo a los significados que construyen en conjunto.

La capacidad interna y externa refiere al concepto de estructura humana, considerando a la sociedad como una organización establecida, estando de acuerdo: a arreglo a la posición social que las personas ocupan en ellas y conforme a los patrones de conducta que las personas han asumido. Sin embargo, el enfoque del interaccionismo simbólico – específicamente el esquema de Mead (1982) – niega este concepto, puesto que la sociedad no es una estructura establecida, sino que son personas que afrontan las situaciones que se le presentan en su vida (pág. 138). Para aquello se entiende que la unidad mínima de las actividades individuales y colectivas de los seres humanos es la acción, sin ella no es posible pensar la sociedad, ni construirla ni definirla. Es por eso que, la acción social tiene una estrecha relación con el significado, ya que sus interpretaciones favorecen la praxis de la acción (Echevarría, 1996).

Cada individuo dentro de la acción social tiene una respuesta en relación a los otros, es decir, no es un simple medio, sino que es un proceso que configura el comportamiento humano mediante la influencia que tienen los otros sobre mí, provocando entonces la interacción social de carácter simbólico, donde los individuos actantes ajustan su acción – es decir lo que significa la acción para los individuos se basa en interpretar o actuar a partir de símbolos – como parte de líneas recíprocas de acción creadas como respuesta las líneas que se entablan con las otras personas en la acción. Por tanto, la interacción social determina la vida social de un grupo en cuanto sus líneas de acción se transforman al son de la observación a los otros.

“La interacción social es el centro donde la colectividad adopta una forma de deliberación, asesoramiento y debate, definiendo una forma de interpretar la situación a través de una línea de acción” (Blumer, 1982, pág. 63). Por otro lado, para Mead (1991) la interacción social es la vida de todo grupo humano socialmente constituido, visto como un proceso de formación y no simplemente como ámbitos de expresión pre-existentes. Es por eso que existen dos niveles de interacción social presentes en la sociedad: por un lado está la *conversación de gestos*, es decir cuando una persona responde al acto de una persona sin interpretarlo; y por otro lado está el *empleo de símbolos significativos*, nivel donde se interpreta el acto, descubriendo entonces los significados a partir de la acomodación de sus propios actos con los ajenos, enfocando su interpretación hacia la constitución de un proceso en sí mismo, y hacia los demás. Esto explica que la interacción simbólica sea el vehículo para la transformación de las formas de actividad que configuran la vida en grupo, configurándose según actos recíprocos (Mead, 1982, citado en Blumer, 1982, pág. 62).

Con esto último se establece que el individuo es capaz de seleccionar sus líneas de conducta, a razón de enfrentarse al mundo, configurarlo y significarlo. El individuo ya no es un medio para determinadas estructuras, sino que es un organismo activo, donde el actor elabora su conducta a partir del afrontamiento de sus experiencias, y no como una dinámica de estímulo-respuesta.

Por su parte, Blumer (1982) considera la esencia de la sociedad como un proceso constante de acción y no sólo una estructura de relaciones, por eso utiliza en cambio el término “*acción conjunta*” para referirse a la acción social, considerando esta vez la ordenación de actos entre dos individuos o una organización compleja (pág. 63). Es necesario considerar que el principio básico de la acción conjunta se basa en que cada participante tiene una posición distinta de comportamiento hacia un objeto; y es la unión de esos actos individuales y con ello la interpretación de los actos ajenos, lo que construye una acción conjunta. Sin la acción, la relación entre los individuos de un grupo, no tiene significado, ya que es la acción conjunta la que enlaza las líneas de acción en un tiempo histórico determinado, capaz de resolver situaciones que afrontan los individuos.

4.3.1 La construcción y comprensión de los significados en el contexto relacional

La configuración del significado es netamente relacional, transitando de un mundo individual a un mundo social. En la premisa de grupo que comparten significados, los sujetos van interpretando el mundo que se les presenta.

El significado representa una crucial función en la interacción relacional, moviendo su comprensión en distintos niveles epistemológicos, por tanto confluyen en que el significado está regido por el sentido y expresado por el lenguaje. Para explicar esto, existen tres corrientes que datan la explicación e importancia del significado dependiente del contexto en el que ocurren:

Para Vygotsky (1987) el significado es un tránsito entre una dimensión interpsicológica a una dimensión intrapsicológica. Esto es posible gracias a un desarrollo histórico denominado *ontogénesis*, donde los significados y las palabras se van transformando de acuerdo al desarrollo del pensamiento; y un desarrollo cultural que permite ubicar en la mente de los individuos instrumentos para controlar sus comportamientos culturalmente adquiridos y así contactarse con el mundo subjetivo de los otros y en su propio mundo individual, construyendo y reconstruyendo sus significados en su constante relación con los otros. En este aspecto, los signos y sus significados son procesos que guían la interacción social en los niveles de filogénesis, ontogénesis y cultura. (pág. 41) Es decir, se reconoce la existencia de un mundo interno, que el sujeto internaliza mediante la externalización del mundo en el que vive, lo que permite inferir en sus acciones y autorregularse (Arcila, Mendoza, Jaramillo, & Cañón, 2010). Los individuos encuentran la conexión de los significados mediante los signos.

Por otro lado, para Bruner (1998) los significados se conforman en dos dimensiones que se entrelazan: la primera es una orientación de tipo biológica que les permite relacionarse con el medio ambiente a través de representaciones protolingüísticas propio de los seres vivos. Para esto se requiere una disposición pre-lingüística en los individuos para facilitar su expresión: el lenguaje; y la segunda en una construcción inmersa en una estructura cultural, a través de las narraciones y los acuerdos socialmente aceptados. A este proceso se denominó “*Interpretación narrativa*” (pág. 25),

ya que considera aspectos internos y externos de los individuos pertenecientes a los sistemas simbólicos, estudiando las consecuencias que marcan el transcurso de las acciones humanas en una cultura particular.

En cambio para Gergen (1996) los significados son específicamente los resultados de las interpretaciones que hacen los sujetos a partir de una construcción relacional desde el momento en que nace el sujeto a través de una transformación en el tiempo, los que se co-construyen y negocian en las relaciones que entabla un individuo con otro (pág. 316).

Por otro lado, para la corriente del interaccionismo simbólico, Blumer (1982) considera que el significado se forma según: las conductas que los individuos tengan de acuerdo a la mirada que entreguen a su mundo de la vida, la experiencia social de los sujetos y la interacción con los otros; logrando un carácter intersubjetivo de los significados y con ello de su realidad.

Frente a estos supuestos, el interaccionismo simbólico es la rama que estudia a los grupos humanos, encargándose de dar sentido a la creación, mantenimiento y transformación del significado. Según Blumer (1982) en esta perspectiva se encuentra la completa relación con el enfoque cualitativo, ya que: *“el contenido del significado no es más que la reacción de los actores ante la acción en cuestión”* (Blumer, 1982, pág. 65). Sin embargo, los sujetos no construyen una realidad cualquiera, sino que es una realidad válida para el conjunto de actores que participaron en su creación a través de los significados supraindividualmente definidos.

Es por eso que el interaccionismo simbólico no busca estudiar las macro-estructuras, sino que busca poder identificar el símbolo y el individuo a partir de las siguientes premisas: (1) las personas actúan en relación a las cosas de acuerdo del significado que tiene las cosas para ellos; (2) el contenido de las cosas se forman a partir de la interacción social; (3) el contenido de las cosas es trabajado y modificado bajo un proceso de traducción y evaluación que el individuo realiza cuando utiliza las cosas que encuentra. Por ende, para la formación de la realidad, lo que importa es cómo los sujetos internalizan las acciones sociales (Blumer, 1982). Por otro lado, la realidad no es posible sin un *“objeto”*, que existe cuando adquiere una orientación, acción y significado para la persona que lo considera; es por eso que el significado de los objetos varía según la disposición de interpretación y definición que tenga el individuo, no es algo dado del objeto, sino que se desarrolla en la interacción social.

Existen dos formas tradicionales de explicar la génesis del significado: (1) como elemento natural de la estructura objetiva de las cosas, para esto el significado sólo debe ser desglosado mediante de observación y materialización del objeto que contiene ese significado; (2) se considera al significado como una cualidad física que añaden los sujetos que significan a la cosa u objeto, se considera por tanto que *“el añadido físico es una expresión de los elementos que constituyen la organización psicológica de la persona”* (Blumer, 1982, pág. 66). Sin embargo, el interaccionismo simbólico no enfoca el origen de los significados mediante la estructura de la cosa u objeto, ni tampoco que sea el resultado de la organización psíquica de los sujetos, más bien, considera que el significado es parte de un proceso de interacción social. La relación que forman los individuos conlleva una serie de significados compartidos como parte de un producto social, porque lo que significa la cosa para una persona, es el resultado de la acción significativa que los otros tienen con respecto a la cosa u objeto, esto también dependiendo de cómo se enfrenten a las actividades

organizadas. Es decir, un objeto puede tener distintos significados dependiendo de la mirada interpretativa y la interacción de la persona con el objeto, con esto determina cómo la persona ve al objeto, cómo la constituye, la acción frente a él y cómo habla de él.

Por ende, los significados de los objetos se conforman como consecuencia de la interacción y la definición interpretativa que tiene el grupo social. Pero por otro lado, Mead (1991) ha considerado que el individuo tiene un “*sí mismo*”, capaz de ser objeto de sus propios actos, a partir de un proceso de interacción social donde el individuo define como un auto-objeto (pág. 35); esto le da la posibilidad de interactuar consigo mismo para afrontar el mundo y configurar con ello un método de conducta frente a los “*sí mismos*” de los otros. Para esto, el individuo debe mirarse desde fuera desde el lugar de otro, tomando una posición de observador de sí mismo más que como actor.

El pensamiento de Mead (1982) desplaza la idea de las ciencias sociales tradicionales, porque considera que el “*sí mismo*” no es parte de una estructura, sino que es parte de un proceso reflexivo, posicionando a la interacción social del conjunto de individuos, como eje central de la relación con el mundo. Para esto, considera que la tenencia de un “*sí mismo*” es la condición primordial en el grupo humano para la construcción de conciencia y de un mundo de objetos materializados en actos contruidos, como respuesta a esos objetos que le son presentados bajo una configuración pre-existente (pág. 106).

Por lo tanto, el “*sí mismo*” es considerado un proceso porque el individuo deja de responder a estímulos estructurales que son impuestos desde fuera, sino que es capaz de “*actuar a partir de su mundo, interpretar lo que se le presenta y organizar su acción sobre la base de dicha interpretación*” (Blumer, 1982, pág. 64).

4.3.2 La construcción de un significado en común

A partir de la experiencia en la vida cotidiana, las personas van relacionándose en la construcción de significados en común, para esto Schütz (1989), señala que la comprensión de la vida cotidiana se forma de manera intersubjetiva, donde cada persona que hay en el espectro social tiene un concepto, pero lo curioso es que a la vez es también un concepto del *Otro*; este *Otro* se formula bajo la idea de un *Yo trascendental*, dando por sentado la existencia de *Otro* (pág. 105). Aunque en contraposición de esto, está la existencia del *Tú consciente*, capaz de conocer sus propias vivencias transformadas por sus actos reflexivos de atención, determinando además cambios conforme pasa el tiempo.

En consecuencia, cada sujeto forma su vivencia a partir del conocimiento intersubjetivo, pero cada persona siente, observa y experimenta su vivencia según su propia ubicación en la realidad. Es decir, el significado que una persona le da a las vivencias del *Otro* no es el mismo que le otorga el *Tú* cuando las interpreta.

Cuando Yo tengo una vivencia de ti, es a la vez mi propia vivencia de ti. Esa vivencia de ti es intencional significativamente, explicando la coexistencia y la simultaneidad de sujetos y vivencias. Esto va construyendo una gama de significados en común, a lo que se denomina *el signo y el sistema de signos* (Schütz, La construcción significativa del mundo social: Introducción a la sociología comprensiva, 1989), formando esquemas expresivos y esquemas interpretativos, es decir, indica lo que está ocurriendo en la mente del *Otro* cuando se entrelazan las vivencias y se construyen los significados. Esta operación ocurre en tres momentos: (1) el recibimiento del *Signo*, significando las vivencias de los sujetos, así como también indicar lo que está en la mente de quien usa el signo. El signo está constituido como el resultado final de la acción comunicativa a través de la dicotomía *Objeto-Acto*; (2) la *representación* del signo como resultado de la experiencia de vivencias pasadas; (3) el *significado* del signo, conectando al sistema de signos para comprender al sujeto que utiliza e interpreta el signo.

Es por eso que en la práctica comunicativa cotidiana no hay situaciones desconocidas, todas forman parte de un sistema de experiencias ya vivenciadas, causando consecuencias para la realidad actual de los sujetos, construido a partir de un acervo cultural que es familiar. Lo último explica que Schütz y Luckmann (1994) no sólo refieran la estructura del mundo cotidiano a sistemas lingüísticamente intersubjetivos, sino también al reflejo de las vivencias subjetivas que experimenta cada persona para sí, bajo el argumento del “*sujeto vivenciente*” (pág. 121) en tres momentos: (1) la familiaridad que existe en un trasfondo a-problemáticamente dado de significados; (2) la validez del mundo intersubjetivamente compartido; (3) el carácter local y definido que limita el mundo de la vida de los sujetos participantes en la realidad social (Habermas, 2001).

En consecuencia, se conforma el mundo de la vida cotidiana, donde los sujetos tienen la capacidad de comprender a sus semejantes actuando en conjunto en un mundo circúndate en común y comunicativo, siendo a la vez intersubjetivo, es decir: mi mundo cotidiano no es mi mundo privado, sino que mi realidad es común a todos, porque fue construida en conjunto; es modificado a partir de los actos que expresan los sujetos, por ende, la actitud natural en la vida cotidiana es determinada

por un motivo pragmático, mediante el término “*acervo de conocimiento*”, explicando y comprendiendo el mundo de la vida cotidiana (Schutz & Luckmann, 1994).

De hecho, a partir de sus experiencias y cambios, se determinan las prácticas interaccionales y se re-estructura el mundo de la vida, configurando las vivencias dentro de la vida consciente de las personas, siendo a la vez reflexiva logrando la formación de unidades de significados. Como consecuencia la mirada reflexiva de los sujetos, lleva las vivencias desde el acto de lo pre-fenoménico al acto de lo fenoménico, transformando de esta manera el *acto* en *objeto* dentro de la conciencia de los sujetos.

Es decir, en el mundo de la vida cotidiana de los sujetos hay vivencias simultáneas y politéticas, uniéndose en una realidad social univariada y monotética. Estas son producidas en el contexto del *Aquí y Ahora* de las vivencias situadas anteriormente, logrando una interpretación, ordenamiento y reconocimiento sintético a partir de la actividad transitoria de lo desconocido a lo conocido, causada por la relación de las vivencias cotidianas de los sujetos que conforman la realidad social.

El mundo de la vida toma una forma a-problemática, es decir, a lo más se pueden venir abajo ciertos fundamentos de la vida cotidiana, pero los significados también se pueden modificar a causa de este fenómeno.

Para Habermas (2001) el mundo de la vida es “*la relación con aquello que una situación se dice, con aquello que en una situación se habla, o con aquello que en una situación se discute*” (pág. 141), es por eso que el mundo de la vida es una red que une a los sujetos de forma familiar y con ello también de forma transparente. Es por eso que para este caso es mejor utilizar el término “*concepto cotidiano del mundo de la vida*”, esto explica la coherencia de posicionar los actos comunicativos como un proceso histórico; los significados del mundo de la vida no surgen de la nada, sino que son el resultado de exposiciones narrativas, experiencias y encuentros entre los participantes, ya que van tomando forma mediante la comunicación.

En consecuencia, los significados se expresan principalmente a través de conceptos narrativos, logrando materializar las experiencias de los sujetos en su mundo con-junto. El lenguaje es por excelencia la expresión de los significados creados intersubjetivamente, manteniendo unida a la sociedad, demostrando con ello que tampoco existe un lenguaje que sea puramente privado, sino más bien es un fenómeno relacional, haciendo posible la comunicación (Wittgenstein 1953, citado en Gergen 1996) mediante la comprensión de un sentido común.

Por su parte la comunicación está significada “*como una espiral de acciones y palabras*” (Gergen, 1996), con que el lenguaje tiene una característica infinita de reproducción al estar en un medio relacional.

El lenguaje se constituye mediante los contextos que representan eventos cotidianos de la vida (Ochs, 2000 citado en Aya Angarita, 2009), y su intercambio conversacional con fonéticas lingüísticas permitiendo que los significados se constituyan en un relato. Lo que Gergen (1996) denominó “*contextos materiales*” como un subproducto de las pautas de la acción humana y su posterior coordinación de significados (pág. 234).

El significado y la interacción social son las premisas que constituyen el contexto del que depende el lenguaje, en un espacio simbólico y en un tiempo determinado, sin ello el significado no tendría valor. Por lo demás, el contexto relacional establece una red de experiencias simbólicas entre los sujetos que dialogan, demostrando que *“el contenido del mensaje puede ser uno pero el sentido del mensaje puede ser otro y definirá la naturaleza de la relación”* (Watzlawick 1997, citado en Aya Angarita 2009, pág. 190), es decir, además de la importancia del lenguaje para establecer significados en común en las relaciones sociales, también son importantes las interpretaciones que hacen los sujetos de su propia realidad individual, la realidad de los Otros y de sus realidades compartidas.

Las realidades son compartidas porque es a través del lenguaje o discursos que se entienden los grupos, ocupándose esta vez de objetos lingüísticos, ya que *“el lenguaje del otro se percibe siguiendo las aristas más agudas de su alteridad”* (Barthes, 2009, pág. 72). Pero también el lenguaje provoca división en los grupos sociales por una lucha por el Poder, poniendo en relieve el proceso histórico y cultural de toda sociedad, como una elaboración ideológica y a la vez una existencia lingüística. Es decir, en una sociedad política y en disputa por el Poder, se estudia un lenguaje político que se va elaborando conforme se desarrolla la praxis política en la sociedad.

Por ende, el lenguaje es la narrativa capaz de transitar en diferentes niveles de los relatos para entender y construir los significados, incluso al punto de transformar la realidad mediante la movilización de los individuos constituidos en sistemas simbólicos compartidos, situados en la realidad como en un campo extra-estructural.

En síntesis, los tres elementos desarrollados en este apartado tienen una importante relevancia para esta investigación, ya que desde allí se podrán entender algunas estructuras sociales y la interpretación que tienen los sujetos de ellas. Comenzando por antecedentes históricos al tema en estudio, estableciendo los caminos para la formación de políticas públicas municipales. Seguido de un análisis del área en que se enmarca la investigación, ampliando las conceptualizaciones de la dicotomía enfermo/sano en salud. Por último, la construcción de significados es el tópico transversal a esta investigación, ya que las acciones que realizan los sujetos están cargadas de significados y dotadas de sentido. Por lo tanto, pesquisar las vivencias de los sujetos en el mercado farmacéutico privado y en la farmacia popular, permitirá tener una gama de vivencias interpretadas según la perspectiva de los sujetos.

5. Marco metodológico

5.1 Tipo de estudio

La investigación *“Los significados que los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón atribuyen a su implementación como alternativa popular farmacéutica y devolución legítima del derecho ciudadano en salud, ante una estructura farmacéutica privada”*, tiene las características de un estudio cualitativo, ya que su objetivo es determinar la evaluación que tienen los usuarios respecto a la aceptación social, funcionalidad y posicionamiento en la realidad social de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón como políticas públicas emanadas desde el gobierno local.

El estudio en cuestión tiene una profundidad descriptiva con pretensiones explicativas, ya que indaga específicamente en aspectos organizativos de la farmacia popular de Recoleta y de la farmacia popular de San Ramón; así como también indaga en su implementación, legitimidad, funcionamiento y proyecciones futuras del proyecto municipal mismo y de la proyección futura de este tipo de iniciativas populares.

Para esto, se acude a los relatos de quienes se adhieren como usuarios, beneficiados por las iniciativas de Recoleta y San Ramón, analizando sus significados a partir de sus realidades.

El tema en estudio es exploratorio, por lo tanto nuevo en el plano nacional, es por eso que las fuentes de información bibliográfica se enfocan en investigaciones relacionadas con el área de estudio, y el sustento de la construcción histórica en políticas públicas en materia de salud en Chile y el mundo. Sumado a esto, la herramienta más pertinente de investigación es la entrevista semi estructurada, recolectando datos a través de la conversación fluida con los usuarios.

Al tener un enfoque cualitativo, permite una profundidad de los datos – no así su extensión – para develar la complejidad de los fenómenos sociales. Su naturaleza es empírica, atendiendo la experiencia directa de los usuarios que acuden al proyecto farmacéutico en Recoleta y San Ramón.

Por último, el estudio se enmarca en el área de salud de la comunidad recoletana y sanramonina, orientada a la crítica del mercado farmacéutico. Por tanto, su objeto social abarca los diferentes procesos que hicieron posible la creación de la política pública en ambas comunas.

5.2 Enfoque del estudio

El enfoque del estudio al ser cualitativo, logra indagar en perspectivas, significados, subjetividades y experiencias que los sujetos usuarios le atribuyen al fenómeno en estudio (Krause, Cornejo, & Radocic, 1997-1998). Mediante los relatos se pueden descubrir las perspectivas y la realidad que viven los sujetos contruidos en su mundo cotidiano. Por ende, la investigación tiene la particularidad de darle comprensión, verdad y significado a lo dicho por los usuarios.

Por lo tanto, la línea de investigación es flexible (Krause, Cornejo, & Radocic, 1997-1998) y está en constante movimiento, porque se va ajustando a medida que avanza la investigación. La metodología cualitativa se acomoda cuando emergen los datos, ya que la posición que tiene los

sujetos en la estructura social es cambiante y puede variar por la influencia de sistemas ideológicos o por experiencias, elaborando desde allí sus significados.

Estas consideraciones hacen que el eje articular de la investigación sea inductivo *con el fin de poder lograr una perspectiva dialéctica y transformadora de lo real* (Ortí, citado en Delgado & Gutiérrez, 1995, pág. 95), teorizando a partir de los relatos.

Por otro lado, en la investigación cualitativa el investigador se transforma en un instrumento, con una serie de características específicas. El investigador debe ser flexible debido al carácter inductivo de esta línea, de tal forma debe ver al fenómeno de estudio de manera holística y tratar de comprender a los agentes dentro de su realidad y no reducirlos a variables; así como también ser sensibles a los efectos que causan en las unidades de estudio (Taylor y Bogdan Krause, Cornejo, & Radocic, 1997-1998).

Finalmente, al optar por un enfoque cualitativo se busca la constante comparación de los relatos de ambas farmacias, permitiendo comprender el proyecto a través de la experiencia de sus beneficiarios.

5.3 Población objetivo

La población objetivo de este estudio se centra en usuarios activos de la farmacia popular de Recoleta y de la farmacia popular de San Ramón.

Dentro de los gestores de la política pública municipal de Recoleta está la comunidad y organizaciones vecinales, dando a conocer sus demandas por el alto precios de medicamentos. Según datos de la cooperativa vecinal recoletana “*Salud Solidaria*”, sus pobladores – en particular pensionados y enfermos crónicos – pueden llegar a gastar en el mercado farmacéutico privado un máximo de \$2.000.000, pagando hasta un 200% por sus medicamentos.

De la misma manera surgió la farmacia popular de San Ramón, emanada por las demandas de la comunidad y las características socioeconómicas de la población. Por ende, la urgencia de este tipo de proyectos en la comuna de San Ramón es importante para el municipio y la población, incorporando mecanismos para que toda la población que necesite, esté inscrita y pueda acceder a medicamentos a precio costo. Algunos de esos mecanismos son: distintos puntos de inscripción, principalmente posicionados en centros de salud de la comuna.

Los usuarios son un grupo heterogéneo, ya que existen sujetos satisfechos e insatisfechos, por eso el alcance de este estudio se centra en la experiencia de los usuarios de ambas farmacias con esta iniciativa, siempre considerando que el fin de este tipo de proyectos es acabar con los mecanismos lucrativos del mercado farmacéutico privado; y dar la oportunidad para que hombres y mujeres puedan optar a una continuidad de sus tratamientos farmacológicos, ya que en ambas comunas la población es vulnerable socioeconómicamente.

5.4 Criterios muestrales

Los criterios muestrales para esta investigación se seleccionan mediante la participación de la comunidad en la implementación de la política pública en las comunas de Recoleta y San Ramón;

la participación desde sus inicios hasta su actual funcionamiento, por lo que se privilegiarán dos escenarios entre los usuarios.

Como se mencionó anteriormente, los usuarios son un grupo heterogéneo respecto a los significados que forman de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, es por tanto, un grupo abierto con distintos enfoques ideológicos y significaciones, diferenciando entonces a usuarios partícipes de la organización e implementación de las farmacias popular de Recoleta y San Ramón: como integrantes de organizaciones vecinales o usuarios convocados a organizarse, considerados como informantes claves. Por otro lado, están los usuarios que han recibido esta política pública sólo como compradores, recibiendo el beneficio que les ha traído la farmacia a sus vidas. También es necesario destacar que otros criterios de selección de usuarios serán establecidos por sexo, ayuda que brinda la Farmacia Popular en las comunas de Recoleta y San Ramón, y perfil que abarca¹.

Por lo tanto se busca indagar en las diferencias y similitudes de los significados que crean los dos escenarios de usuarios, considerando las características de ambas comunas, a fin de poder profundizar la investigación y los objetivos propuestos, desde una perspectiva al retorno del derecho a la salud a partir de una problemática recurrente de los altos precios del mercado farmacéutico.

En ambas comunas se privilegiarán los datos de informantes claves y activos dentro de las farmacias populares. Es por eso que se optará por un muestreo intencionado, es decir, las unidades para este estudio se seleccionarán de acuerdo a criterios específicos.

Los sujetos se seleccionarán de acuerdo al protagonismo que tienen en el fenómeno, por lo tanto, cada unidad de estudio será cuidadosamente seleccionada, considerando su contexto social, económico, cultural e histórico (Martínez-Salgado, 2012) dentro de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón.

Se realizará un total de 10 entrevistas en profundidad, distribuidas de la siguiente manera:

Actor	Rol del actor	Función del actor	Sexo	Cantidad de entrevistas
Usuarios de la farmacia popular de Recoleta	Usuarios partícipes de organización e implementación	Usuarios presentes desde el inicio de la idea de farmacia popular	Femenino	2 Entrevistas en profundidad
		Usuaría dirigente de la cooperativa vecinal <i>Salud Solidaria</i>	Femenino	1 Entrevista en profundidad

¹ Si bien las Farmacias Populares de Recoleta y San Ramón están destinadas para todos los vecinos de la comuna, su foco principal está en los pensionados y enfermos crónicos.

	Usuarios compradores no organizados	Usuarios posteriores a la implementación de la farmacia popular.	Masculino y femenino	2 Entrevista en profundidad
Usuarios de la farmacia popular de San Ramón	Usuarios partícipes de organización e implementación	Usuarios presentes desde el inicio de la idea de farmacia popular	Femenino	2 Entrevista en profundidad
	Usuarios compradores no organizados	Usuarios posteriores a la implementación de la farmacia popular.	Femenino y masculino	3 Entrevista en profundidad
Total				10 entrevistas en profundidad

Debido a que se utilizará un muestreo intencionado, los criterios de selección de los usuarios en la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, serán los siguientes: su principal fundamento es la heterogeneidad del grupo de usuarios, ya que existen usuarios partícipes desde la gestación de la farmacia popular y por otro lado hay usuarios que sólo realizan labores de compra, recibiendo el beneficio de medicamentos a un menor precio; otro de los criterios será la satisfacción de los usuarios con la farmacia popular de Recoleta y San Ramón; finalmente se considerarán los relatos de ambos sexos, para tener un espectro completo de la política pública municipal.

5.5 Instrumento de recolección de datos: entrevista semi estructurada

Los datos se recopilarán a partir de los relatos, narraciones y experiencias de los usuarios de las farmacias de Recoleta y San Ramón. Con ello se generará un proceso de conceptualizaciones respecto a los significados que tiene de la farmacia en ambas comunas.

Por tanto, se indaga en la participación y organización que tuvo la comunidad en este tipo de proyectos; su legitimidad para los usuarios desde distintos enfoques (su legitimidad interna y externa); las transformaciones que ha causado en la vida cotidiana, logrando con ello una evaluación del funcionamiento de las farmacias; y sus perspectivas futuras, como proyecto farmacéutico y como proyecto de carácter popular.

Es por eso que la herramienta más pertinente para indagar los significados de los usuarios de las farmacias populares de Recoleta y San Ramón, es la entrevista semi estructurada, ya que los intereses de la investigación son claros, por lo que utilizar otro tipo de metodología podría desbordar los límites que se pretenden investigar; por otro lado, al ser una entrevista, se genera más cercanía y confianza entre entrevistador-entrevistado, logrando más sensibilidad, lo que con otras herramientas no serán accesible.

La entrevista semi estructurada surge como herramienta cualitativa con el fin de acercarse a la “verdad”, subjetiva y empírica, posicionando al sujeto como eje central de la sociedad y no al revés como se pensaba, se desplaza entonces la idea de que la sociedad actuaba sobre el sujeto. Según Benney y Hughes (1970) es una herramienta para excavar que permite obtener conocimiento a partir de los relatos y narraciones (pág. 100). Para esto se debe generar rapport entre los informantes, mediante una fluida conversación cara a cara (Bodgan & Taylor, 1986).

La adopción de la entrevista semi estructurada permite que los usuarios expongan sus experiencias con la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, en un enfoque anterior y posterior a su implementación, pasando por temas como su burocracia y el rol que tiene el mercado farmacéutico y el sistema de salud en los usuarios. Esto conlleva a la posibilidad de elaborar un significado de esta política pública como alternativa al mercado farmacéutico privado.

Según Taylor y Bogdan (1986) este tipo de método “*puede proporcionar la comprensión detallada que se obtiene de la observación directa de las personas y escuchando lo que tienen que decir en la escena de los hechos*” (pág. 104). Es decir, uno de los principios básicos de la entrevista semi estructurada es generar una relación cercana, donde el sujeto sienta la libertad de expresarse, y sienta la satisfacción de que sus relatos y vivencias son escuchados y valorados por el entrevistador. Para esto es importante la flexibilidad y la dinámica de la entrevista, de esta manera se puede generar una relación a tal punto de obtener de la mente de los informantes sus significados, emociones, perspectivas y su clasificación del mundo de acuerdo a su posición en la realidad social que construyen en conjunto con otros; realidad que está cargada de significados compartidos.

5.6 Procedimiento de contacto

El procedimiento de contacto se realizó en dos etapas: Una primera etapa corresponde a los contactos con la farmacia popular de Recoleta, para esto se tomó contacto con el gerente de la farmacia popular, el que facilitó el acercamiento con los usuarios claves partícipes en la implementación del proyecto. Entre esos contactos hay usuarias que están desde un comienzo, las que demandaron mejoras en temas de medicamentos, y la usuaria coordinadora de la cooperativa vecinal “*Salud Solidaria*”, una organización que recoge las necesidades de la población y genera métodos para cubrirlas.

En cuanto a los usuarios posteriores que sólo reciben el beneficio comprando en la farmacia popular de Recoleta, la investigadora se ubicó afuera de la farmacia, captando a los vecinos y vecinas que iban a comprar sus medicamentos.

El procedimiento de contacto en la farmacia popular de San Ramón fue similar. Se tomó contacto con la encargada de la farmacia popular, redactando un permiso al departamento de comunicaciones y de salud para poder obtener los contactos de los usuarios claves y poder captar a otros afuera de la farmacia, ya que ésta se encuentra dentro del municipio de San Ramón.

Las entrevistas para los usuarios de ambas farmacias se realizaron en los respectivos municipios y en los domicilios de los entrevistados, a fin de facilitarle su participación.

Es necesario destacar que la aplicación de la herramienta cualitativa se realizó por la investigadora, puesto que uno de las características más importantes en la metodología cualitativa es que el

investigador se transforme en el instrumento principal para poder generar rapport y obtener una recolección de datos rica en experiencias subjetivas, para realizar un análisis de datos que describa la realidad como los sujetos la ven y experimentan (Krause, Cornejo, & Radocic, 1997-1998).

Por otra parte, debido al carácter inductivo de la metodología cualitativa, el investigador debe tener una serie de características previas: (1) debe tener un conocimiento del objeto que está estudiando a fin de poder interactuar de manera natural con los informantes; (2) el investigador debe ser flexible; (3) debe tener una actitud no intrusiva, con un lenguaje cercano, empático y ameno con los entrevistados, a fin de lograr llegar a ellos pesquizando los significados relevantes en su vida cotidiana y para la investigación.

5.7 Técnicas de análisis de datos

Como existe poca bibliografía y estudios sobre el tema de investigación, se utilizará la teoría fundamentada como técnica de análisis, lo que permite indagar en los significados de los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, comenzando desde allí a una teorización, creando una mini teoría desde los datos.

La teoría fundamentada se remonta a los años 60, como una respuesta al funcionalismo y positivismo que se gestaba en Estados Unidos. Sus creadores son Glasser y Anselm Strauss, fundamentando que: “*en sociología la teoría debe surgir de los datos mediante la investigación social*” (García-Nieto, Pérez Corbacho, & Andréu Abela, 2007, pág. 55). Es por eso que este tipo de análisis adhiere a las corrientes del interaccionismo simbólico y la escuela de Chicago.

La teoría debe surgir de los datos, y no al revés como se pensaba en el positivismo. Para explicar esto, Glasser y Strauss, proponen dos tipos de teoría: (1) la *teoría sustantiva* basada en un área de la investigación social, donde se comienza su construcción mediante la aplicación de teorías ya establecidas a los datos que se están analizando, elaborando nuevas teorías sustantivas específicas. (2) la *teoría formal*, caracterizada como el desarrollo conceptual de una amplia área de investigación sociológica, generándose desde los datos mismos o a partir de teorías sustantivas (Glasser y Strauss, citado en García-Nieto, Pérez Corbacho, & Andréu Abela, 2007).

La teoría fundamentada tiene una estructura para la construcción de sus datos, según Corbin y Strauss (2002) se divide en: (1) la *descripción*, presentando los sucesos desarrollados a partir de la acción y la actuación de los sujetos involucrados en el fenómeno, dando respuesta a las preguntas ¿por qué?, ¿cuándo?, ¿dónde? y ¿cómo ocurren los sucesos?; (2) la *ordenación conceptual*, organizando los datos por categorías de acuerdo a propiedades y dimensiones encontradas en los datos recopilados a partir de los relatos; (3) y la *teorización*, donde se concretan los conceptos basados en los datos, formulados dentro de un esquema lógico, sistemático y explicativo, a fin de formar los lineamientos de una mini teoría (pág. 59).

Por ende, lo importante es la articulación discursiva de los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y de la farmacia popular de San Ramón, con respecto al fenómeno, así como la construcción e interpretación de la realidad que viven.

5.8 Plan de análisis de datos

Existen dos corrientes dentro de la teoría fundamentada: Straussiana y Glaseriana. Como se busca una flexibilidad de los datos y un análisis minucioso, se utilizará para esta investigación la corriente Straussiana.

La corriente Straussiana permite realizar un análisis de manera sistemática, con la incorporación del software MaxQDA, teniendo acceso a distintas herramientas para la codificación y análisis.

Como la investigación es de carácter inductivo, se podrá clasificar y teorizar los datos, utilizando dos tipos de codificaciones: primero una codificación abierta, para dar paso al desarrollo de una codificación axial.

Por su parte la codificación abierta provoca una fractura y apertura de los datos para sacar a la luz los pensamientos, ideas y significados (García-Nieto, Pérez Corbacho, & Andréu Abela, 2007), a fin de realizar una identificación de los conceptos e ideas centrales de los relatos, para encontrar propiedades y dimensiones. Esto permite obtener un análisis descriptivo de los datos; este análisis es minucioso ya que cuenta con dos tipos de etiquetas: (1) los códigos *in vivo*, obteniendo a partir de la fuerza del lenguaje de los entrevistados categorías de análisis con un lenguaje propio; (2) los códigos de construcción sociológica, los que son determinados por la naturaleza de la investigación, distinguiendo entre código narrativos de los sucesos y códigos teóricos con dimensiones conceptuales (Glaser & Strauss, 1998).

La codificación abierta genera una codificación axial, conectando categorías y subcategorías de los datos. Además posee una estructura similar a un mapa conceptual, conectando una jerarquización de las categorías.

Para lograr la realización de la codificación axial, se realizan las siguientes etapas: (1) se extraen las propiedades de una categoría y sus dimensiones; (2) se identifican las variedades de condiciones, acciones, interacciones y consecuencias asociadas con el fenómeno en estudio; (3) se establece la relación de una categoría con sus subcategorías mediante oraciones que enmarquen el vínculo entre los análisis; (4) y se buscan en los datos las relaciones entre categorías (Strauss citado en García-Nieto, Pérez Corbacho, & Andréu Abela, 2007).

Las codificaciones realizadas son parte de una “*sensibilidad teórica*” que tiene el investigador al encontrar significados en los datos (Krause, Cornejo, & Radocic, 1997-1998), comprendiendo y visualizando en los relatos de los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y de la farmacia popular de San Ramón, la construcción de su realidad.

5.9 Aspectos éticos

Ya que la investigación se basa en recopilar los relatos de usuarios que son parte de una política pública de entidad municipal, es necesario delimitar aspectos éticos para resguardar los datos y participación de los usuarios de las farmacias de Recoleta y San Ramón.

Al momento de establecer un contacto con los entrevistados, se les explica a grandes rasgos la finalidad de esta investigación, para orientar a los sujetos se les mencionan los objetivos del estudio

y se les recalca que sólo es con fines académicos, por lo que sus datos y lo que respondan será bajo absoluta confidencialidad y anonimato, así también se asegura a la investigación una transparencia en los relatos.

La entrevista siempre se realizará un par de días después de realizado el contacto inicial, llamando por teléfono a los entrevistados, acordando con ellos un lugar, día y hora que más les acomode.

Al momento de comenzar la entrevista en profundidad, se les pide autorización a los entrevistados para poder grabar sus relatos, hacer una posterior transcripción y análisis. Para esto se entrega una carta de consentimiento informado (ver anexo N°1) donde se detalla la confidencialidad y la importancia de su participación en la investigación, además de contener los datos del entrevistador, con el fin de mantener una comunicación fluida y ante eventuales dudas o consultas sobre la investigación, tengan como comunicarse.

6. Resultados de la investigación:

A. Análisis abierto de los datos

A continuación se presentan los resultados de la investigación *“Los significados que los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón atribuyen a su implementación como alternativa popular farmacéutica y devolución legítima del derecho ciudadano en salud, ante una estructura farmacéutica privada”*, de acuerdo a la descripción de los relatos que los usuarios de la farmacia popular, realizan de acuerdo a la construcción de su realidad desde el entramado social de la salud y el mercado farmacéutico.

Por lo anterior, se realizará un análisis abierto, donde imperará un análisis descriptivo de los relatos de los usuarios de ambas farmacias populares, de acuerdo a las motivaciones que impulsaron la participación en la farmacia popular, vista desde distintos direcciones según la posición de los usuarios en el tejido social; los cambios que trajo la farmacia popular en sus vidas cotidianas; y con ello la aceptación y legitimidad que los actores le atribuyen a la farmacia popular, esto último describiendo los significados que los usuarios le otorgan a factores externos e internos a la farmacia; y finalmente la proyección futura que ellos significan de la farmacia, su alcance nacional actual y las oportunidades que posee; así como también las proyecciones a otros proyectos de similar envergadura a la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón.

6.1 Significado de una farmacia popular: historicidad semántica

Hay muchas suposiciones de los usuarios respecto a la ocupación de la palabra *“popular”* en las farmacias de tipo municipal. Esto considera además otros nombres que han surgido entre los municipios.

Por ejemplo, los usuarios entrevistados creen que las farmacias de sus comunas no se llaman *“botica”*, porque eso denota a una historicidad cultural de las personas del campo; en cambio el término *“farmacia”* es de carácter moderno.

Por otro lado, popular para los usuarios conecta inmediatamente con: gente pobre o de escasos recursos, para el pueblo; o que abarca a toda la comunidad sin hacer distinciones entre sectores:

“(…) popular quiere decir que es pa toda la gente de más bajos recursos, por eso que es popular” (Entrevista N°10, p 26)

Sin embargo, para otros usuarios la adopción de popular no tiene ningún sentido para este tipo de iniciativas, porque no es algo que englobe su real objetivo, ya que popular es algo mayor, algo de mayor alcance:

“No sé poh, como popular es como, popular es pa mi algo famoso, no sé poh, pero no...por ultimo farmacia social, pero no popular, no sé por qué se llama así, no le veo el sentido”
(Entrevista N°9, p 8)

Es por eso que algunos acusan de populismo, derechamente diciendo que los nombres de las farmacias de orden municipal tienen que ver con algo político:

“Porque este señor, Alcalde de Recoleta, es pa’ darse pinta “¡lo popular!”” (Entrevista N°2, p 11)

Mientras que hay otros usuarios que no encuentran relevancia en el nombre que tenga la farmacia. Puede ser popular, comunitaria, municipal, para los usuarios eso no tiene importancia, lo que significan ellos son las repercusiones positivas que trae para ellos.

6.1.1 Posición ideológica

Algunos usuarios entrevistados no están de acuerdo con la tendencia política de los municipios, pero de igual forma admiten lo beneficio que ha sido esta iniciativa para ellos:

“Este Alcalde no me gusta, pero tiene... por lo menos piensa, no todos los políticos piensan” (Entrevista N°2, p 36)

Otros son más positivos, diciendo que con cualquier tendencia política, la farmacia popular va a funcionar de todas formas; otros que consideran que la farmacia popular en Recoleta y San Ramón no tiene nada que ver con política, y al respecto hay que saber separar las cosas:

“No creo que tenga política porque la política no tiene por qué meterse en cosas de remedios, en cosas de farmacias. La política es una y los remedios son otro. Porque la política son los políticos los que trabajan en política, eso agrandados de cortaba, cuanta cuestión, pero la farmacia no poh, y menos que la gobierne un político” (Entrevista N°10, p 28)

Mientras otros usuarios tienen una visión negativa y más crítica, diciendo por ejemplo: que la farmacia popular no existe sin la política, ya que toda farmacia pertenece a algún partido. Es decir, significan todo movimiento social como algo relacionado con lo político.

6.2 Las motivaciones de los usuarios para ser parte del proceso de formación de la farmacia popular

En este ítem se describen las motivaciones que tienen los usuarios de las farmacias populares de Recoleta y San Ramón, para ser parte del proyecto farmacéutico municipal, una participación vista desde distintos puntos: como usuario organizado de la farmacia popular, es decir, usuarios que impulsaron la política pública en los municipios, organizándose en comunidad; así como usuario no organizado de la farmacia popular, es decir, el usuario que llegó a la farmacia después de implementada y que sólo cumple un rol de comprador.

Debido al alto costo de medicamentos, las personas más afectadas tienen que buscar alternativas de subsidio para cubrir sus tratamientos farmacológicos y así obtener una mejor calidad de vida. Es por eso que usuarios de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón reciben algún beneficio del Fondo Solidario o Montepío de CAPREDENA. Sin embargo, según los entrevistados, la ayuda estatal es deficiente en algunas áreas, teniendo muchas veces acceso a médicos especialistas pero no así en la entrega de medicamentos para suplir tales enfermedades; visibilizando con esto que, el Estado sólo se hace cargo de una mínima parte de la salud de la población más desfavorecida.

Es por eso que surge la emergencia de apoyar a la población de alguna manera, ya que el Estado no se hace cargo de manera directa y deja en manos de privados la salud las personas. El municipio

se hace cargo de esta tarea, realizando reuniones en la formación previa a la farmacia popular. Según los mismos usuarios, se realizaron reuniones para obtener un catastro de sus experiencias en el mercado farmacéutico, y a la vez, dar cuenta de la precariedad del sistema de salud y de un cúmulo de organismos sociales.

Durante las reuniones realizadas entre la comunidad organizada y el organismo municipal, se entregaron muestras gratis de medicamentos para algunos vecinos, demostrando de manera empírica las cantidades que gastan las personas en medicamentos, y además dando cuenta que una idea de tal envergadura era posible:

“La segunda vez me las entregó el alcalde y ahí, eran como \$200.000 en puros remedios”
(Entrevista N°3, p 15)

Para esto fue muy importante la posición de los municipios y el alcalde de la comuna de Recoleta y San Ramón, ya que eso permitió darle seguridad a la comunidad, darles la confianza de que este tipo de proyectos podía ser una realidad.

Además de los entes municipales, sin la participación de la comunidad no habría sido posible la farmacia popular en ninguna de las dos comunas, ya que a partir de sus demandas y sus necesidades surge esta iniciativa. Es por eso que su participación en la conformación de la política pública municipal es de crucial importancia, siendo un actor indispensable en este proceso.

Su participación está presente en las distintas etapas de la farmacia popular de Recoleta y de la farmacia popular de San Ramón, desde su génesis mediante reuniones e inscripciones, hasta su actual funcionamiento.

Dependiendo de su participación, existen dos tipos de usuarios: por un lado están los usuarios no organizados, con una clara creencia que la farmacia popular en ambas comunas se construyó con mucho esfuerzo y dedicación. Esto último considera lo difícil que es crear un tipo de política municipal farmacéutica en un sistema altamente limitante para el bienestar social de la población; en la otra parte están los usuarios organizados, argumentando que tanto la farmacia popular de Recoleta como la de San Ramón, se construyeron en un largo y complejo proceso, pasando por diferentes etapas e ideas hasta llegar a lo que hoy forma el proyecto farmacéutico municipal.

Por ende, en el proceso de conformación de la farmacia popular – en específico la de Recoleta, por ser el primer municipio en presentar este tipo de proyectos –, según los usuarios organizados, surgieron diversas alternativas para resolver el fenómeno de los altos precios de medicamentos. Entre ellos surgieron las ayudas de unidades vecinales mediante una labor comunitaria con la donación de remedios, así como la idea de importar medicamentos, especialmente desde Argentina, por su bajo costo. Es decir, para la farmacia y para los usuarios, era mucho más conveniente y barato traer medicamentos del extranjero, que comprar directamente a laboratorios en territorio nacional.

Por lo tanto, la experiencia de los usuarios fue un escalafón importante para impulsar este tipo de proyecto municipal, ya que a través de sus testimonios y vivencias pueden experimentar la realidad y buscar desde allí las opciones y oportunidades que no les entrega el sistema de salud.

Dentro de las experiencias está la mirada al mercado farmacéutico de otros países, verificando la diferencia de precios en medicamentos entre un país y otro, siendo cifras abismantes que provocaron la concientización de la población e impulsaron las ganas de cambiar algo impuesto y entregarles a su propia comunidad un trato mercantil justo.

“(…) mira, yo justamente tuve una experiencia, yo viajé a Mendoza, por un viaje que hicimos un grupo... y a mí se me olvidó llevar un remedio, y lo tuve que comprar allá en Mendoza, y cuando lo compré quedé ¡oh!, el remedio que yo compraba aquí, que valía por decirte tú... \$15.000, allá me costó \$4.000. Fueron \$4.000 sesenta pastillas, y aquí \$15.000 me costaban treinta pastillas”
(Entrevista N°1, p 7).

6.2.1 Inscripción y reuniones previas

Uno de los aspectos que fortaleció la estructura de una alternativa a los altos precios de medicamentos fue la constancia de los usuarios organizados; así como también la oportunidad que le dieron a un tipo de política farmacéutica nueva, nunca antes vista en el país, estando desde un comienzo en la comuna de Recoleta y en la comuna de San Ramón.

Debido a las graves enfermedades y a la edad, muchos de los usuarios no podían cubrir sus medicamentos de otra forma que no fuera la pensión de vejez o solidaria, ya que se veían incapacitados para trabajar, por tanto con el dinero entregado en su pensión no les alcanzaba para cubrir sus medicamentos, lo que les llevó a buscar una farmacia alternativa para poder obtener un descuento en sus medicamentos, ya que son indispensables para ellos.

Fueron muchas las alternativas que buscaron para cubrir sus medicamentos, con el fin de no dejar de tomarlos y no intervenir en su tratamiento farmacológico; incluso, dentro de las alternativas estuvo la compra en otros países, con el gran esfuerzo que significa buscar medicamentos y ponerse en contacto con otro país – estos son sobre todos los usuarios no organizados que llegaron posteriormente a la farmacia popular de Recoleta y San Ramón –. En la búsqueda se encontraron con esta positiva alternativa municipal.

“(…) le cambiaron todos los remedios que le habían dado en el consultorio. Se los cambiaron y le dieron esos otros que son caros y que gracias a Dios hay una farmacia que nos puede dar un poquito más barato los remedios” (Entrevista N°7, p 9)

La experiencia de algunos usuarios se basa en una coincidencia de encontrarse con esta alternativa, inscribiendo a personas que asistían a distintas actividades en la municipalidad y requerían asistencia farmacológica. Por otro lado, la atención de la municipalidad y sus departamentos sociales fue minuciosa en recopilar las necesidades de su población, ofreciendo una cercana relación, preocupación, información y transparencia desde un comienzo:

“Empezamos porque mi hijo vino a unos cursos de manualidades y ahí lo inscribieron, pero ya más de 2 o 3 años parece...ya luego se hizo las reuniones y ahí me entrevistaron unas señoritas, y ahí dije el motivo de que por qué... por qué mi hijo se inscribió” (Entrevista N°3, p 3).

En primera instancia no se pensó en una farmacia popular, pero los usuarios tuvieron gran responsabilidad para que esto surgiera desde la base de sus demandas y necesidades.

Fueron varias las alternativas que tuvieron que transitar los usuarios hasta llegar a la farmacia popular, siendo una de las motivaciones cruciales para ser parte de ella, ya que debían recurrir al extranjero, ir de farmacia en farmacia de las grandes cadenas preguntando si habían llegado el stock de fármacos genéricos, e incluso teniendo que ir directamente a los laboratorios a preguntar si existía la posibilidad de que les vendieran el remedio a un menor costo, porque no podían cubrir los fármacos de marcas que les ofrecían las farmacias de cadenas.

Y fue en esa búsqueda que llegaron a la farmacia popular, es más, algunos de los usuarios de más avanzada edad nunca habían ido a la municipalidad, estando en total desconocimiento de las ayudas subsidiarias que les podía entregar la entidad municipal.

Por ende, el gran aporte que hicieron los usuarios de la farmacia popular de ambas comunas fue ir a las reuniones que se gestionaron para la creación de ésta, el compromiso que asumieron con ellos mismos y con la comunidad en general para hacer posible el proyecto farmacéutico:

“(…) después cuando empezó esto de las farmacias, ahí empecé a ir a las charlas, porque había que ir a las charlas todas las semanas, y ahí ya empecé... O sea, yendo a las reuniones, claro, eso es un aporte po’. Porque por ejemplo, yo, no falté a ninguna reunión” (Entrevista N°4, p 20)

Durante las reuniones que se conformaron para iniciar las tareas en la formación de la farmacia popular de Recoleta, como la pionera en esta materia, los usuarios generaron un sentimiento de empatía con sus pares, al escuchar los problemas que viven día a día sus semejantes, descubriendo que existen muchas personas que sufren por el alza de medicamentos en el mercado farmacéutico privado, en palabras de los mismos usuarios:

“(…) a veces uno no sabe lo que pasa alrededor de la comuna” (Entrevista N°3, p 14)

La empatía y solidaridad que se creó después de la formación de la farmacia popular, fue tanto que incluso los mismos vecinos se ayudan entre ellos cuando no tienen el dinero suficiente para comprar los medicamentos.

Por tanto, según los entrevistados, fue bajo esta misma situación de empatía que la iniciativa farmacéutica de Recoleta se comenzó a propagar entre los vecinos de la comuna y a otras personas de sectores de la población desfavorecida (principalmente sujetos de tercera edad, crónicos y con bajas pensiones de vejez), con similares características de vulnerabilidad económica, como lo es San Ramón.

En consecuencia, como toda idea que emana desde el gobierno local, las reuniones para la formación de la farmacia popular en ambas comunas fueron gestionadas por el municipio y sus organismos internos, otorgando importancia al tema de medicamentos.

Por lo mismo, independiente de la opinión de los usuarios respecto a la figura municipal desde su alcaldía, se hace evidente, entre ellos, la importancia de la labor que cumplió el municipio en ambas farmacias, informando a los usuarios acerca del funcionamiento de la farmacia popular, las oportunidades, beneficios y las condiciones que debían aceptar al momento de convertirse oficialmente en usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón; todo esto a través de reuniones y charlas previas a su implementación.

“así empezó haciéndonos las reuniones: como nosotros podíamos aceptar, de donde los remedios iban a venir, donde los iban a conseguir: todo más económico, y que la gente que ya fue inscrita, y lo favorable (...)” (Entrevista N°3, p 15)

La información entregada a los usuarios por parte de los municipios permitió también que muchas personas conocieran la farmacia popular y con ello también que lograran entender el mecanismo de las farmacias privadas y la diferencia que tiene la farmacia popular con ellas.

Frente a esto, los entrevistados relataron que gastan grandes cantidades de dinero al mes para poder cumplir con su tratamiento farmacológico y así obtener mejor calidad de salud, pero pocos se cuestionan si esas mismas personas tienen los recursos necesarios para un tratamiento farmacológico continuo.

Es por eso que, según los entrevistados, el perfil de usuarios de ambas farmacias populares son principalmente enfermos crónicos, que requieran una continuidad en su tratamiento, independiente de la edad que tengan; pero sobre todo, según sus usuarios, este tipo de iniciativas está enfocada a adultos mayores que requieran comprar medicamentos, pero en contraposición reciban bajas pensiones de vejez, con diferencias abismantes como:

“Tienen que comprar remedios arriba de sesenta mil pesos, con una pensión de ochenta mil pesos (...)” (Entrevista N°1, p 7)

Las pensiones de vejez o solidarias muchas veces no alcanzan, lo que refleja la realidad de los usuarios; pero lo más preocupante es que deja en claro la debilidad de un sistema completo: con sueldos bajos y remedios demasiado costosos.

6.2.2 La experiencia en el mecanismo lucrativo del mercado farmacéutico privado

Es por eso, que los usuarios entrevistados de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, también basan su participación en la experiencia que han tenido a lo largo de los años en el mercado farmacéutico privado, con una tendencia propia del sistema económico neoliberal. Es decir, obtener una mejor calidad de salud se vuelve un lucro para los privados, por medio del alza de medicamentos; viendo a estos no como un derecho o beneficio, sino como un producto más en el libre mercado.

Con la farmacia popular, los usuarios indican haberse dado cuenta del actuar en el mercado farmacéutico, aprendieron su mecanismo y estructura lucrativa. Ellos están conscientes que las grandes cadenas de farmacias toman acuerdos en conjunto, ocultando los medicamentos genéricos, con el fin de incrementar sus utilidades y comisiones, pero a costa de generarles un descontento y presión a las personas que deben comprar sus remedios.

“Ahora el mismo hecho de cómo ellos se manejan los remedios genéricos, uno no los encuentra nunca en la farmacia, y le venden el más caro; y hay remedios que realmente son un espanto” (Entrevista N°8, p. 52).

Los usuarios entrevistados, se impresionan de la diferencia de precios que notaron al comparar entre las farmacias de las grandes cadenas y la farmacia popular, indicando que el mecanismo del

mercado farmacéutico chileno, naturaliza a las farmacias como un tipo de negocio, donde existen sucursales destinadas para su comercio: lo que se conoce como retail. Es un servicio no solidario sino que mercantil y lucrativo donde son los dueños quienes ponen las reglas y las condiciones, siendo la sociedad la que se tienen que adaptar a esos mecanismos, y no al revés como debería ser en una sociedad capaz de centralizar al sujeto entregándoles sus derechos sociales.

Los usuarios entrevistados de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón, consideran dentro de idea retail de farmacias, también la influencia política, estando estrechamente vinculado al área económica de los dueños de estos establecimientos. Es tanta la noción que tienen de esta relación y la competencia que permite el mercado farmacéutico, que admiten que se coluden a fin de echar abajo el apoyo e ideas alternativas que entregan los municipios u organismos del Estado.

Por otro lado, los usuarios de ambas comunas se consideran de escasos recursos, que les cuesta pagar un tratamiento farmacológico en una farmacia de grandes cadenas, por lo que siempre están alerta de los descuentos que puede haber en éstas, aprovechando todo tipo de alivio que le entregue el mercado. Además, al saber que cuentan con una situación socioeconómica vulnerable, admiten que con las pensiones de vejez o solidarias no les alcanzan para pagar cierto porcentaje de alza. En consecuencia lo que más destacan es que no les alcanza, y que no son privilegiados como otros grupos sociales que tiene el dinero suficiente para gastar libremente en las farmacias de grandes cadenas:

“(…) la gente que tiene plata va y gasta 100, 200 mil en remedios y uno que gana ciento y tanto de pensión” (Entrevista N°10, p. 57)

Por ende, en los relatos de los usuarios entrevistados, hay una marcada opinión a la desregulación de precios en el mercado farmacéutico, especialmente de los usuarios de la farmacia popular de Recoleta, tienen una visión más crítica y politizada de los altos precios de medicamentos y su estructura socioeconómica, recalcando que:

“(…) los políticos, las autoridades nunca han puesto ‘pare’ en la cuestión de los remedios”
(Entrevista N°1, p 51)

La venta de medicamentos, están en una estructura de libre competencia, capaz de regular los precios y manejar las expectativas de las personas de obtener un tratamiento farmacológico continuo.

En esta estructura, tanto usuarios organizados como los no organizados, admiten lo costoso que son los medicamentos y las escasas oportunidades que existen para ellos, teniendo que comprar como sea sus medicamentos, simplemente porque no tienen otra alternativa, ya que tienen que tomárselos por una razón primordial: mantenerse vivos.

Muchos de estos usuarios se sienten desesperados con los altos precios de medicamentos, porque son sujetos pensionados, donde el sistema solamente los retribuye con el sueldo mínimo para cubrir todas sus necesidades básicas, y además suplir la falta de medicamentos:

“(...) lo que pasa es que ellos ganan plata cobrando remedios excesivos, burlándose de la gente, porque remedios que ellos venden, los venden en alto costo. Para ellos es un negocio, pero no es una ayuda para la gente que va a comprarlos poh, no es una ayuda para ellos” (Entrevista N°5, p 24)

Los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, distinguen la diferencia con las farmacias de grandes cadenas, admitiendo que estas últimas no son una ayuda real para la comunidad, sino que por el contrario, actúan bajo intereses particulares.

Por otro lado, están en una dinámica frágil y segregada de un sistema de salud,

“(...) por ejemplo yo tengo una enfermedad que tengo que ir a un doctor particular que me cobre \$70.000 la consulta particular porque él se dice “católica” o “universidad católica” pero en realidad no es de la católica” (Entrevista N°5, p 22).

Para los entrevistados, optar a una buena atención de salud en Chile es un privilegio de algunos, donde muchas veces se considera el status que pueden dar algunos centros de estudios, por sobre la calidad. Esto aumenta el costo de atención para las personas, seleccionando a la vez a los sujetos que tienen los medios económicos para financiar un tratamiento médico con status.

Las experiencias que han tenido los usuarios de las farmacias populares de Recoleta y San Ramón con respecto a la diferencia de precios de sus medicamentos, es un fenómeno que los deja impresionados. Porque en primer lugar las farmacias de grandes cadenas ofrecen primordialmente los medicamentos más costosos o de marcas con precios inalcanzables, dejando en segunda opción o escondiendo los genéricos. Muchas veces los sujetos no encuentran los medicamentos que buscan, llegando a la obligación forzada de comprar el más caro. En segundo lugar, los usuarios notan estas diferencias porque los porcentajes entre las farmacias de las grandes cadenas y las farmacias populares están muy lejos.

“Si yo casi me caigo de espalda cuando el medicamento de \$92.000 que yo estaba pagando, que me cobraban estos sinvergüenzas y acá en la farmacia me sale por \$11.900” (Entrevista N°8, p 15)

Es por eso que los entrevistados consideran que el mecanismo utilizado por las farmacias de grandes cadenas es un robo, una estafa y una burla para los sujetos que no tienen los medios para cubrir una necesidad tan vital. Con la nula estabilidad en el mercado farmacéutico, los usuarios sienten la desprotección de que un día los medicamentos estén a un precio y al otro día se eleven en proporciones abismantes:

“(...) mi hija los compraba hace meses en 22 (mil pesos), ayer los fue a comprar –porque vienen con 25 pastillas- ayer los fue a comprar y 80 mil pesos... entonces, hay mucha diferencia”
(Entrevista N°4, p 3)

Por ende para ellos, la idea de farmacia popular en ambos municipios no está bajo la lógica de negocio. Sin embargo, son principalmente los usuarios organizadores los que recalcan esta idea, diciendo que:

“Es que no se formó pa’ negocio, se formó pa’ ayudar a la gente. No se formó para hacer un negocio” (Entrevista N°1, p 26)

Es decir, ellos argumentand que la farmacia popular tanto en Recoleta como en San Ramón no fue pensaba para aliviar la economía del país o hacer algo en beneficio de los más poderosos que cuentan con mayores recursos económicos, sino que se formó para ayudar a las personas más necesitadas y con ello a la economía del hogar; en palabras sencillas, se pensó en el bolsillo de las personas y las altas cantidades de dinero que gastaban mensualmente. Esta iniciativa no tiene una motivación hacia el sistema, sino que hacia la comunidad.

Es por esto, que algunos usuarios entrevistados consideran que la farmacia popular de Recoleta y San Ramón no tienen una connotación política, y eso lo encuentran favorable, porque al momento de dirigirse a la farmacia para ser usuario, no les preguntan a qué partido pertenecen:

“Yo no soy política, de verdad te lo digo y lo digo a todo viento... y se lo digo al alcalde... y no, no estoy con ningún partido” (Entrevista N°1, p 20)

Sin embargo, hay otros usuarios que dudan sobre la influencia política, ya que consideran que todo es político, sobre todo si es algo que emana desde un municipio. Este tipo de usuarios es más politizado, culpando a las gestiones de los gobiernos, por la falta de políticas para disminuir los costos de medicamentos, cuestionando su iniciativa para poner de acuerdo al parlamento.

“(...) la Bachellet nunca se ponía de acuerdo con la farmacia, que esta farmacia aquí, esta otra acá, tanta cuestión, nunca se puso de acuerdo de poner un precio como es debido” (Entrevista N°10, p 33)

Es por eso que los municipios se tuvieron que hacer cargo, ocupando su presupuesto para ayudar a la gente en distintos ámbitos a través de la farmacia.

Ahora bien, antes de la implementación de la farmacia popular, sus pobladores llegaban a pagar más de cinco veces el precio de un medicamento en las farmacias de grandes cadenas, estando muy lejos del presupuesto que destinaban a la compra de medicamentos. Es por eso que, además de entregar medicamentos mucho más accesibles a los usuarios, la farmacia popular de Recoleta y San Ramón entregan por menor precio un tratamiento mensual completo para las enfermedades crónicas de sus usuarios. Tratamientos que en su completitud no los entregan el sistema de salud, teniendo que comprar afuera, enfrentándose a los precios manejados de las farmacias de grandes cadenas.

“La diferencia es que acá una caja me sale caso \$20.000, porque por pesos no me salen los \$20.000. En cambio en la farmacia popular por \$11.000 compro dos que me alcanza para 28 días, casi el mes” (Entrevista N°9, p 4)

Los usuarios entrevistados se ven encantados por la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, por las cantidades de ahorro que obtienen en las compras de medicamentos, ya que son muchas cantidades las que deben comprar los usuarios con enfermedades crónicas, diciendo que prácticamente se llevan una farmacia con todo lo que tienen que tomar para poder aliviar sus vidas. Por eso agradecen enormemente la farmacia porque es un ahorro que les entrega.

Y ese mismo agradecimiento y las oportunidades que les entrega la farmacia popular, genera que los usuarios en general sean muy críticos respecto al actuar del Gobierno central, indicando que sienten una desprotección en materia de medicamentos.

“Porque en el gobierno central, hay una tropa de ineptos que van a cobrar el sueldo a fin de mes, son solamente eso” (Entrevista N°2, p 17)

Es por eso que la idea tuvo que salir desde un municipio y no fue el gobierno quien proclamó una política pública a nivel nacional con recursos estatales. Los usuarios reclaman que no hay nadie en el gobierno con la intención de trabajar para las personas que más lo necesitan; por el contrario, siempre son las mismas caras que se repiten en el parlamento, con ideas retrógradas y sin ningún avance en pro de una sociedad mejor.

Para los usuarios entrevistados, estas diferencias de precios son propias de Chile, con un sistema muy desigual. En ningún otro país son tan costosos los medicamentos y tratamientos farmacológicos, y esto es algo que los usuarios han aprendido y experimentado personalmente, en una realidad chocante, abrumadora y con,

“(…) una indolencia total, porque no miden la dificultades que uno pueda tener, que el país tiene, porque yo no voy a hablar por mí no más, quizás cuantas personas que no pueden llegar, y no tienen los medios como para comprarse un medicamento para calmar ese dolor que tan fuerte sienten” (Entrevista N°8, p 32)

Antes de la llegada de la farmacia popular, los usuarios no tenían como comprar en una farmacia normal, ya que los medicamentos ocupaban gran parte del presupuesto que tenían destinado para subsistir un mes completo. Incluso no alcanzaban a comprar todos sus remedios, quedando con un diminuto saldo para cubrir sus otras necesidades diarias:

“Claro, comprarlo para el mes son \$100.000, y él su pensión que tiene son \$110.000. Me quedan \$10.000 para vivir (...) ¿qué hacemos con \$10.000?” (Entrevista N°7, p 18)

Ha esto se suma el desconocimiento de algunos usuarios en los casos de colusión, no saben detalles del tema y prefieren preocuparse por resolver sus problemas personales. En cambio, en otros usuarios entrevistados, la colusión de farmacias provoca desconfianza, considerando que es una mafia sin solución que se forma al interior del mercado farmacéutico, como un núcleo lleno de sinvergüenza y corrupción, privilegiando la idea de negocio.

Al fin y al cabo quien establece las reglas son los dueños de las farmacias de grandes cadenas: ponen los precios que desean y traen los medicamentos que más les convienen. En palabras de los propios usuarios:

“(…) es lo peor, lo más malo y deberían darle un castigo, pero un castigo ejemplar que les duela a ellos, como a uno le han quitado que a ellos también les duela, porque imagínate ellos cuanto no ganan, y diferencias grandes de precios con la farmacias que tiene entre ellos” (Entrevista N°10, p 56)

Esto demuestra que los usuarios tienen una mirada negativa de la colusión de farmacias, estando descontentos con las medidas legales que se han tomado para revertir y castigar esta situación. Además no encuentran explicación para este tipo de mecanismo que consideran mafioso y monopólico, siempre preguntándose por el sujeto que no tiene el dinero para comprar sus medicamentos, ya que ellos consideran que el sujeto que tiene los recursos para comprarlos irá directamente a una farmacia normal y son los otros los que quedan en una desprotección total.

6.2.3 Reciprocidad en la comunidad, como eje central para motivar la formación de la farmacia popular

La solidaridad es parte fundamental para la creación de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón. Por lo general sus usuarios significan su creación como una ayuda para la comunidad; una ayuda tangible para palear los altos precios de medicamentos.

Una de las motivaciones de los usuarios para ser parte de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, es la encarecida necesidad de servir al otro; una necesidad de solidaridad presente en este tipo de personas que se reflejan en el otro, compartiendo experiencias y el desamparo que viven en el sistema farmacéutico y el sistema de salud.

Las experiencias que los llevan a empatizar con el otro están enfocadas primordialmente a las desigualdades sociales respecto a los rangos de pensiones de vejez:

“(…) los pacos, los milicos jubilados, sacan 60 millones, 40 millones, eso es mucha diferencia, un paco, un carabinero que este de baja, un militar que este de baja cuanto no ganan, millones y millones y no quieren cobrar todo, van dejando ahí, no cobran todo al tiro, después van y la sacan...jubilán y sacan el billete y uno jubila uno que ha trabajado casi todo el tiempo. Yo empecé a trabajar a los 12 años y lo que me dan” (Entrevista N°10, p 33)

Pero además del factor enfermedad, también está el factor emocional. Es decir, los usuarios se ponen en el lugar del otro, porque han experimentado ciertas emociones: antes de estar enfermos los usuarios se sienten activos y útiles, realizando actividades, pero luego que se sienten enfermos, saben que de cierta manera el ánimo cae, que de una u otra forma entran en un estado de devastación y desesperación,

“(…) trabajaba bien, ganaba hartó plata. Pero bueno, nos llegó la mala que, nunca se sabe cuando llegan las enfermedades y que nos echa pa abajo” (Entrevista N°7, p 28)

Es por eso que consideran la farmacia popular como una gran ayuda para la comunidad – sobre todo la de escasos recursos –, tal como lo dice su nombre “*popular*”, donde pueden encontrar lo que necesitan para sobrevivir: remedios más baratos y una contención desde la farmacia popular ante lo que están viviendo. Los usuarios organizados y no organizados no significan su motivación de ser parte de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón como una iniciativa política, sino que lo hacen por sentido humanitario y comunitario

Es tanta la empatía que generan con el otro, que incluso algunos de los usuarios organizados no estaban inscritos en la farmacia popular, sino que eran parte de su organización inicial sólo por el hecho de ayudar y apoyar a la gente que lo necesita:

“(…) porque al principio yo no me inscribí, al principio inscribí a un montón de personas y todo...” (Entrevista N°1, p 18)

Pero la ayuda entre los mismos usuarios no es algo que se quedó en la organización de la farmacia popular, sino que es algo que se mantiene, estando al servicio de la comunidad, como una reciprocidad del beneficio. Varios de los usuarios organizados aún están vinculados a la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón, ayudando a los usuarios que se están incorporando, a los que ya están, informándolos y compartiendo incluso sus medicamentos a los que más necesitan.

Para los usuarios es gratificante sentir su labor como algo beneficioso para la comunidad, puesto que en sus relatos, indican que se sienten desprotegidos por el actual gobierno, con promesas a largo plazo que al parecer es difícil que lleguen, sintiendo desconfianza y resignación en su tardanza:

“Y ahora el gobierno que hay ahora dice que él lo va a arreglar todo, hasta la jubilación, todo va a arreglar, la gente que jubila todo va a arreglarlo, pero como estamos recién no más, hay que esperar 1 año yo creo pa’ la cuestión...se demoran en pensar en cranearlo” (Entrevista N°10, p 33)

Por lo tanto, son los mismos usuarios que crean una fuerza vecinal importante que los identifica como comuna, con claras intenciones de generar alternativas para sobrellevar sus enfermedades. Pero también es cierto que muchas veces se encuentran solos en la lucha, porque no hay una acogida y apoyo constante desde el sistema de salud y sus derivados, por eso que la farmacia popular fue un alivio para estas personas que se encuentran muchas veces con los brazos cruzados y la impotencia de no poder hacer nada por sí mismos:

“(…) me dan muchos dolores, tomo muchos medicamentos y un medicamento que me dan, que me dura 1 caja, me dura para 14 días, en la farmacia que es la popular la encuentro mucho más barato que en las farmacias de cadena” (Entrevista N°9, p 3)

En general entre los usuarios entrevistados, hay una tendencia a agradecer el funcionamiento de la farmacia popular, porque los medicamentos que toman para calmar sus dolores son varios.

“(…) porque es una realidad bien dura sobre todo para las personas que no tienen recursos, que no tiene de donde sacar un medicamento para mantenerse vivos” (Entrevista N°8, p 21)

Ellos mismos declaran que es una realidad dura que tienen que vivir día a día, porque si alguien no tiene el dinero suficiente para comprar medicamentos, simplemente no lo tiene, no hay otra opción, teniendo que aguantar los inmensos dolores físicos que causan algunas enfermedades, sintiéndose incluso imposibilitados para realizar sus actividades cotidianas. Es una realidad horrenda, estando incluso en algunos casos al filo de la muerte.

6.3 Transformaciones en la vida cotidiana de los usuarios

En este ítem, se describen las transformaciones que trajo la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón a la vida cotidiana de sus usuarios. Esto a partir de sus relatos

mediante sus experiencias en la posición dentro y fuera de la farmacia, es decir, ya sea como usuario organizado o usuario no organizado.

Estos elementos establecerán ideas relacionales entre los usuarios, a través de su posición subjetiva dentro del tejido social de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón, porque de una u otra forma es un fenómeno que no ha dejado a nadie exento, y aunque sea de manera sutil ha influido en el día a día de las personas.

6.3.1 Reflexiones de los usuarios sobre el sistema de salud chileno

Los relatos de los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón, no sólo hacen una crítica al mercado farmacéutico, sino también al sistema de salud, evidenciando que la problemática de altos precios de medicamentos va mucho más allá: va hacia la calidad de vida, la preocupación y atención de organismos gubernamentales hacia las necesidades de la población.

Los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón atribuyen mayormente características negativas al sistema de salud público, dando hincapié a su burocracia y estructura muy marcada; es tanto así, que tiende a estandarizar a sus pacientes, incluyéndolos en categorías de enfermedades, sin revisar cada perfil por individual. Al ser un sistema de salud público, los pacientes se tienen que acomodar a los tratamientos que existen en los recintos asistenciales – como si fuera parte de un reglamento – y no al revés como ocurriría en el sistema de salud privado.

Un gran porcentaje de la población que acude al sistema de salud público, ya que muchas veces no cuenta con los medios económicos para saber una segunda opinión y seguir otro tratamiento farmacéutico, tiene que conformarse o arreglárselas con lo que le entregan gratuitamente, incluso al nivel de que puedan afectarles a su salud y no mejorarlos como es la idea inicial.

Y aunque muchas veces el presupuesto familiar no alcance para comprar medicamentos en el mercado privado, con el fin de optar a otros tratamientos, las personas hacen el intento de comprar, porque si el medicamento del consultorio no les hace bien, son los pacientes los que deben buscar otra alternativa:

“Yo compro pa’ la tiroides y compre la merformina, que si yo voy al consultorio, me dan la merformina, la corriente y no me hace bien” (Entrevista N°1, p 66)

Según los entrevistados, el sistema de salud público no tiene los recursos necesarios para atender a las personas, tampoco busca una solución, aun sabiendo que cada persona es diferente y cada cuerpo acepta o rechaza los tratamientos farmacológicos, estando incluso en peligro la vida de las personas sin la existencia de un análisis individual y el poco alcance del presupuesto estatal en salud para una evaluación personalizada de medicamentos. Claro, se entregan medicamentos en hospitales y consultorios, pero en algunos pacientes no hacen el efecto deseado:

“Claro que le entregan los remedios en el consultorio, pero él no puede tomar esos remedios porque no son tan fuertes como los que les dio el doctor cuando se hospitalizó” (Entrevista N°7, p 3).

Por lo tanto, según los relatos de los entrevistados, el sistema de salud público tiene una estandarización de medicamentos, con un mínimo stock. Esto puede generar en algunos pacientes consecuencias negativas, ya que si no tienen la efectividad deseada se automedican, perjudicando la vida de las personas, causando otras patologías; y por la otra parte el problema de estandarización es traspasado al paciente, entrando al mundo privado teniendo que pagar altas diferencias de dinero, porque los consultorios u hospitales solamente traen los remedios que son de menor costo, y es ahí donde la farmacia popular suple esa necesidad apoyando a las personas que deben tener su tratamiento.

Por otro lado, los usuarios entrevistados no están de acuerdo en el mecanismo de entrega de los medicamentos en el sistema de salud público, ya que consideran que existe una separación de remedios que si se pueden entregar y otros no, ya que son enfermos crónicos los que necesitan esos medicamentos y no es posible que sólo entreguen los medicamentos básicos:

“Entonces, malísimo, porque si, si somos enfermos crónicos, por qué el hospital solamente da los remedios más básicos, los que realmente los más baratos, pero si un remedio más caro hay que comprarlo” (Entrevista N°9, p 13)

Sin embargo hay otros usuarios que están de acuerdo con el mecanismo de los consultorios u hospitales, pensando siempre en la idea de recursos y que alcance para todos, considerando que

“(…) el consultorio empieza a regalar todos los remedios que es el más caro, se va a ir a la quiebra. Y ahí van a empezar a despedir gente” (Entrevista N° 10, p 18)

Es más, incluso la farmacia popular no puede regalar los remedios más caros, porque evidentemente genera un costo grande, aunque sean obtenidos con su valor real, sin alzas del sistema farmacéutico privado.

“Entonces el mismo gobierno o el alcalde va a empezar a criticar, va a decir: se está gastando mucha plata, se están regalando muchos remedios” (Entrevista N° 10, p 18)

Existe entonces una preocupación de que se generen reclamos de los entes superiores, y la posibilidad que se quiten los beneficios que han logrado.

Está claro para los usuarios entrevistados que, si no existe dinero, no se puede acceder a una mejor salud, ya que para ver a un médico especialista en los hospitales hay que esperar meses, entonces la única solución rápida a lo que pueden acceder sólo algunas personas es pagar por la atención de un médico particular y con eso los medicamentos, endeudándose en las farmacias de grandes cadenas, siendo algo que desestabiliza el presupuesto de las personas.

Por lo tanto, los usuarios consideran que la precariedad de la salud pública chilena es tan grande que algunos usuarios entrevistados no tienen aún un diagnóstico certero, teniendo que seguir buscando respuestas a dolores y molestias que no saben por qué se generan:

“El reumatólogo me dice que es una enfermedad autoinmune pero, hay miles y que son muy difícil de diagnosticar y hay que seguir hostigando, mediante exámenes, llegar a un diagnóstico, que aún no lo tengo” (Entrevista N° 9, p 2)

Según los entrevistados, el sistema de salud minimiza los problemas que tienen los pacientes, negando incluso la atención a algunos pacientes, provocando que los pacientes y sus familias se sientan afligidos por no saber que hacer frente a la negación de atención:

“(…) no le creyeron que él iba con infarto cerebral poh. Y lo mandaron para la casa, y él estaba con el infarto” (Entrevista N°7, p 5)

Aunque toda persona tiene derecho a un examen preventivo independiente de la edad y de lo que cubra el sistema GES, las esperas y falencias del sistema de salud público causa que esa prevención no sea utilizada o que no se pueda acceder a ella, esperando hasta que los pacientes ya estén con una enfermedad declarada para atenderlos. Muchas enfermedades son silenciosas, sin síntomas pero de todas formas cada persona necesita una prevención y un acceso rápido a revisar su salud regularmente, o si no pasan situaciones como esta:

“Cuando yo empecé con mi diabetes, no tenía síntomas, pero empecé de apoco de apoco; un día me dio un coma diabético, mi esposo me llevó al poli y del poli me trasladaron al hospital”
(Entrevista N° 6, p 31)

Por otra parte, los usuarios entrevistados visualizan diferentes formas de acceder a una atención médica en el sistema de salud; es decir algunos usuarios obtienen un tratamiento médico por el pituto, porque o sino tendrían que esperar mucho tiempo antes de ser atendidos:

“Aquí mi viejo lo operaron y fue porque yo recibí una ayuda de una colega en mi trabajo que tenía un familiar... tú sabes que con pituto...y así logramos que a mi viejo lo operaran allá en el Sotero del Río” (Entrevista N° 10, p 49)

Otra de las falencias más importantes por corregir en el sistema de salud público es tener una buena administración en los hospitales sobre la entrega de medicamentos, porque no es algo de ahora, sino que es algo que se repite en el tiempo, la mala administración se repite de gobierno en gobierno, ya que nadie se preocupa de sistema público, porque:

“(…) en el gobierno anterior el de Piñera anterior, muchos recursos de los servicios de salud, se fueron a parar a las clínicas privadas, entonces más desfinanciados quedaron (...)Y el cuento de los, de los cómo se llama...de la atención, de las listas de espera, todo eso es un tremendo show que, para mí, lo siento como un tremendo show, porque también se supo de que en el gobierno de Piñera la lista de espera, las borraron y las hicieron aparecer como que ya no había lista de espera” (Entrevista N° 8, p 8)

Por tanto, los entrevistados tienen conocimiento de que el sistema de salud público es precario, lento y en algunos casos entrega escasas soluciones, por lo que existe una empatía y solidaridad entre los pacientes que son parte del sistema de salud público, bajo la creencia de:

“(…) yo hubiese tenido la situación que teníamos antes que él se enfermara, nunca había recurrido a lo mejor a la farmacia popular, para dejarle ese lugar a otra persona humilde que, que puede recibir esos remedios, pero lamentablemente nos enfermamos los dos poh” (Entrevista N°7, p 26)

Incluso algunos pacientes están dispuestos a pasar al mercado privado, pagando un bono a un médico particular para que por un lado no ocupar un espacio en el sistema de salud y por el otro lado para tener una atención más personalizada, tendiendo a pensar que también pueden obtener una mejor calidad en sus diagnósticos; siempre bajo los argumentos de *“no tengo problema, me sale barata”*.

6.3.2 Relación entre los sujetos y el mercado farmacéutico

Como ya se ha mencionado, para los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón existe una generalizada postura respecto al mercado farmacéutico, marcada por los altos precios y con ello una escasa oportunidad de tratamiento.

El ingreso y los gastos en medicamentos de cada persona es una ecuación que por lo general tenía resultados negativos, ya que el mercado farmacéutico no se condice con la realidad de las personas enfermas crónicas.

Por lo tanto, los entrevistados reconocen que tenían que buscar apoyo para cubrir las altas sumas que pagan en el mercado farmacéutico privado; algunos de los usuarios se apoyan en el fondo solidario, o incluso pedir dinero prestado por intermedio de créditos para que no les falte los medicamentos para vivir:

“(…) unos al contado, otros al crédito... ya las boletas, ya no dan más ya” (Entrevista N°3, p 8)

Incluso, en algunas oportunidades los usuarios acudían a la solidaridad social de los laboratorios a ver si podían conseguir alguna muestra gratis o menos costosa de sus remedios:

“Laboratorio Recalcine, a mí, por este mismo remedio, me regalaba una caja por caja que yo compraba en el comercio” (Entrevista N°2, p 28)

La realidad de los entrevistados, hace reflejar en sus relatos que nadie sabe a ciencia cierta la realidad que está viviendo la otra persona, por eso, los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón se preguntan y afligen sobre qué sucede con las personas que no tienen el apoyo de la familia, que son pobres y que deben comprar sus medicamentos; se preguntan ¿cómo pueden comprar sus remedios esas personas? Es más, algunas personas prefieren vivir con sus dolores, aguantarse, porque no les alcanza para gastar en medicamentos.

Además están conscientes de la dualidad de la sociedad chilena:

“Claro la gente que tiene billete, no está ni ahí, un peso más no más que pagan, pero nosotros no poh, si a nosotros nos cuesta, tenemos una miserable pensión” (Entrevista N°8, p 26)

Según los relatos de los entrevistados, los medicamentos en el mercado farmacéutico privado son tan caros, que incluso una persona que reciba más del monto mínimo en una pensión de vejez, la cantidad que gasta en remedios repercute en el presupuesto familiar, ya que de igual forma se hace difícil pagar en algunos casos cerca de \$300.000; porque no sólo hay que considerar la compra de medicamentos, sino que llevar la administración de un hogar es una tarea difícil y algunos usuarios llegan con el dinero justo a fin de mes.

“Porque igual, aunque una persona gane un millón de pesos, se tiene que comprar un remedio que vale cien, doscientos lucas... también se le hace pesao’ comprar remedios po’. O que gane un millón de pesos y vivan hartas personas, personas estudiando... entonces, que gasten en remedios cien o doscientos mil pesos, se les hace pesao’ comprar remedios” (Entrevista N°1, p 44).

Por otra parte, las variaciones de precios en medicamentos es una problemática transversal, que no tiene la relevancia ni el interés para revertir la situación. Se sobreentienden las prácticas mercantiles, mediante argumentos como *“no hay nada más que hacer”*. La sociedad está enmarcada en un sistema que los anula asumiendo sus reglamentos, incluso con consecuencias negativas para ellos.

En consecuencia, con la implementación de la farmacia popular en Recoleta y también en San Ramón, los usuarios han visibilizado y aterrizado las diferencias de precios que hay en las grandes cadenas. La farmacia popular de ambas comunas les ha permitido darse cuenta que el problema no son ellos con sus enfermedades, sino que es el sistema quien abusa y no los deja sanarse.

La diferencia de precios ha conllevado que los usuarios tengan mayor conocimiento de la desprotección que tienen frente al mercado farmacéutico, y se den cuenta de las oportunidades que trae la diferencia de precios en medicamentos entre las farmacias de grandes cadenas y la farmacia popular:

“El de la próstata, a mi marido le costó afuera, casi 38 (mil pesos) y aquí sale –otro genérico– sale por 12 mil pesos (...) Sí po’, porque es harta la diferencia que, como te digo, hay remedios que salían 200 y costaba 250 y a la niña le salía 120. Entonces hay harta diferencia” (Entrevista N°4, p)

Los usuarios tienen una orientación a recalcar la diferencia de precios, siendo muy significativo en sus vidas cotidianas, trayendo ciertas cantidades de ahorro para tratamientos – dependiendo del tipo de medicamento es la disminución de precio, pero aunque en algunos casos no sea tanto, de todas formas los usuarios lo agradecen porque es una baja a la que no podrían optar en farmacias de grandes cadenas – que los pacientes tienen que costear. Además, la farmacia popular en Recoleta y San Ramón entrega oportunidades alternativas de tratamiento, incluyendo los medicamentos genéricos, los que muchas veces son desconocidos por los pacientes.

Considerando el perfil² de la farmacia popular de Recoleta y de la farmacia popular de San Ramón, las diferencias de precios y el actuar del *“precio costo”*³, les genera un alivio a los usuarios, haciendo menos problemática su vida en el día a día. Incluso pueden optar a una continuidad y totalidad de tratamiento:

² Si bien la farmacia popular Ricardo Silva Soto y la farmacia popular de San Ramón son para toda su población, tiene también un cierto perfil que apunta a solucionar las necesidades en medicamentos de: personas de tercera edad, pensionados y enfermos crónicos.

³ Precio costo quiere decir que se traspa el precio a los usuarios, no se les cobra ningún recargo más, solamente el 19% correspondiente al IVA.

“(...) la Prebagalina, tengo que ocupar 9 cajas en el mes a 5 mil y afuera me valen 19 (mil pesos) y 13 mil pesos, y ya me salen más de 100 mil pesos en las 9 cajas” (Entrevista N°3, p).

Esto no sucede en la dinámica de mercado de las farmacias de grandes cadenas porque para ellos las personas enfermas son meros clientes; la farmacia popular en cambio proclama una relación más cercana, lejos de la dinámica lucrativa.

Esto genera que la relación entre el alto precio de medicamentos versus el escaso presupuesto de los chilenos para comprarlos, provocara que los usuarios tengan que “peregrinar” de una farmacia de grande cadena a otra con el fin de encontrar algún descuento por mínimo que fuera para poder ayudar a su economía.

“(...) tenía que preguntar en esta la cruz verde, tanto, anotar precios y me iba a la ahumada, a la salcobrand, comparaba los precios y me iba a la que me salía por lo menos \$1.000 menos, porque significaba, en cambio ahora no porque con la farmacia popular la gente que puede hacerlo, los municipios, tenemos un ahorro” (Entrevista N° 10, p 41)

Por eso, aunque las farmacias populares hagan un mínimo descuento, ya es un ahorro que ganan. Primero les garantizan tener el medicamento y en segundo lugar parar con la peregrinación y obtener una vida más aliviada.

En consideración de la diferencia de precios, los usuarios con la farmacia popular han conocido otro tipo de imposición de precios que no viene de las farmacias de grandes cadenas, sino de los laboratorios.

Es decir, por un lado la farmacia popular en Recoleta y San Ramón han permitido educar a las personas y que conozcan el mecanismo que hay detrás de todo el lucro farmacéutico, tener las herramientas para la crítica y el cambio de esta situación.

Comprenden con esto la influencia que tiene los laboratorios en la relación farmacias-medicamentos-pacientes, y el poder político que tienen algunos en el alza de precios de medicamentos, ya que en algunos casos los dueños de laboratorios también lo son de las grandes cadenas de farmacia, manejando los precios. Dependiendo de los dueños de los laboratorios, se genera la diferencia de precios.

Ante la visibilización que consideran los entrevistados, la crítica de los altos precios de medicamentos es considerada como una barbaridad y abuso a la gente pobre. A partir de las diferencias que notaron al comprar los mismos remedios en la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, es que los usuarios pueden tener una opinión más elaborada, con pruebas reales de las maniobras del mercado farmacéutico privado, vendiendo incluso medicamentos equivocados con una etiqueta más costosa.

La farmacia popular de Recoleta y San Ramón permitió que los usuarios pudieran visibilizar los mecanismos del mercado farmacéutico privado, saliendo de una posición de pasividad. Por ende, esto cambió sus vidas y su percepción de los altos precios en medicamentos.

“Entonces yo soy, soy testigo de lo que a mí me ha favorecido. Si era terrible, de repente no me alcanzaba la plata para comprarme los remedios” (Entrevista N°8, p 5)

“Pero yo antiguamente, yo no tenía idea, ni idea que habían, por ejemplo, remedios genéricos (...)” (Entrevista N°4, p 14)

Es decir, la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón no sólo entrega remedios a menor costo, sino que también permitió educar a las personas y demostrarles paulatinamente que son propietarios de un derecho. Ya que muchos usuarios – en especial los de tercera edad – confiaban en los funcionarios de las farmacias de grandes cadenas, siendo engañados teniendo que pagar altas cantidades de dinero, ya que sólo compraban sin saber lo que hay detrás de este sistema.

Con esto ejercen el derecho de exigir medicamentos genéricos en una farmacia de grandes cadenas, de esta manera garantizar su salud y economía.

6.3.3 Evaluación de la farmacia popular

La experiencia de los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón es curiosa, porque a pesar de sus falencias, el grueso de sus usuarios mira las cosas de forma positiva y con la esperanza de que las cosas seguirán mejorando.

Lo positivo que destacan los usuarios de ambas farmacias es que privilegian la venta de medicamentos genéricos, preocupándose por un lado de una continuidad de tratamiento de sus usuarios y a la vez de generar un desahogo económico para ellos. Frente a lo primero, hay medicamentos que cuesta encontrar en el mercado tradicional, incluso que no son encontrados por el alto costo o la demanda:

“(...) compro en la farmacia, porque este remedio no está en el comercio, prácticamente, y en la farmacia hay un genérico que es igual” (Entrevista N°2, p 1).

Por otra parte, la implementación de la farmacia popular ha generado un sentimiento de empatía con sus pares, preocupándose por la desesperación que sufren a causa de los medicamentos

“Por ejemplo este mismo remedio que me pincho, me gasté 18 lucas, los 2 bonos que fueron \$6.600 y la receta son las más caras, entonces también tengo que ponerme en el lugar de otra abuelita, que a lo mejor la abuelita no tiene la entrada que tengo yo” (Entrevista N°6, p 58)

Muchas veces los usuarios entrevistados han experimentado cuando van a comprar a la farmacia, como otros usuarios no tienen dinero para comprar los medicamentos, incluso con la rebaja que hace la farmacia popular, porque el nivel de pobreza en ambas comunas en estudio es bastante potente y ramificado en casi todo su territorio:

“(...) porque de repente a mí me consta que cuando yo voy en la farmacia a veces dicen: señorita es que yo no tengo” (Entrevista N°6, p 58)

Además, según los entrevistados, la mayoría de los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón, son personas de la tercera y cuarta edad que tienen alguna

enfermedad crónica, por lo que no están en condiciones de tener un trabajo remunerado, entonces cuando les falta dinero para comprar sus medicamentos u otras necesidades básicas, tienen que recurrir a pedir ayuda. Una de esas ayudas es por parte de la misma familia, especialmente por parte de los hijos; o incluso hay casos especiales donde el caso es al revés: donde los hijos de estas personas también están enfermos, por lo que los padres tienen que ayudar a los hijos a financiar los medicamentos:

“Es que lo que pasa, es que yo compro unos remedios para mi hija (...) yo le ayudo bastante”
(Entrevista N°4, p 16)

Pero también hay otros casos donde la farmacia popular ha sido de gran ayuda, al punto de ya no requerir la ayuda de los hijos:

“A veces hasta mi hijo me decía: pucha mamita ahí te voy a dejar \$50.000 y hoy día puuff!. Me trae cosas que no uso, es plata botá” (Entrevista N°6, p 74)

Esto sólo dependerá del nivel de vulnerabilidad económica, de la enfermedad y los tipos de medicamentos que tomen las personas.

Esta empatía también se traspasa de los usuarios a la farmacia popular, ya que los entrevistados a pesar de ser críticos en algunos aspectos de mejora, entienden la demora de medicamentos, recalcando la idea de que es un proyecto que se debe cuidar entre todos para que se mantenga en funcionamiento:

“Entonces la gente a veces no entiende que esta farmacia también hay que cuidarla, porque la farmacia es un beneficio y el beneficio está para nosotros, las abuela” (Entrevista N° 6, p 50)

O especialmente los usuarios organizados están a disposición de lo que requiera la farmacia popular en la comuna:

“(...) me necesitan y yo estoy a disposición de la farmacia. Por alguna cosa, un medicamento, si alguna persona necesita alguna cosa o la gente necesita” (Entrevista N°1, p)

Finalmente, otro de los efectos positivos es el ahorro de dinero es sólo uno de los aspectos que trajo la farmacia popular de Recoleta y San Ramón a la vida de sus usuarios. Su vida modificó en diferentes ámbitos de su día a día, entregándoles nuevas oportunidades y recuperando otras que fueron arrancadas de cuajo.

El cambio más notorio es el ahorro que tienen las familias mes a mes en la compra de sus medicamentos, afectando de manera positiva a la economía familiar.

“aah si poh, uno ahorra, porque como le digo lo que yo compro ahí me alcanza para casi un mes, 28 días, en cambio si no tuviera esa plata tendría que gastar, pucha, el 300% más de lo que yo mensual (...)” (Entrevista N°9, p 21)

Con la farmacia popular las personas no alcanzan a gastar la mitad de lo que gastaban antes, sobre todo a esos usuarios que ocupan más de un medicamento es un tremendo ahorro, cerca de un 70%,

declarando que sin la existencia de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, no podrían acceder a los medicamentos.

“(...) yo antes tenía que separar \$70.000, y a veces quedaba corta” (entrevista N°6, p 73)

Los entrevistados agradecen todo lo que sea ahorro; dejaron de andar con lo justo, quedándole incluso un saldo extra alcanzándoles el dinero para otras cosas del hogar:

“Entonces ahora se pueden dar “otros gustitos”, dice la gente. Porque ya no gastan tanta plata en remedios, se pueden dar gustitos” (Entrevista N°1, p 54)

Claro que también un punto a considerar es que todo depende del tipo de medicamentos, ya que algunas diferencias son abismantes, pasando de \$100.000 a \$13.000, pero hay otros casos donde existe un ahorro menor:

“(...) no es la mitad, pero... pero es una buena rebaja” (Entrevista N°4, p 22)

Además con la cantidad de dinero que gastaban en las farmacias de grandes cadenas, los usuarios pueden llegar a comprar hasta dos meses de fármacos para sus tratamientos.

También generó que con el dinero ahorrado, los usuarios entrevistados lograran solventar otros gastos del hogar, como por ejemplo darle más prioridad a la alimentación, saliendo de vez en cuando del apretado presupuesto y minuta semanal:

“(...) a veces le digo: aah comámonos un pedazo carne no más o un pollo asado voy y compro y ahí nos chantamos poh, después hacemos puras comidas así...no comida chatarras, sino que cualquiera comida, porotitos, lentejas y nos vamos una vez al mes hacemos esa cuestión no más, para que nos alcance” (Entrevista N° 10, p 13)

O también permite destinar el dinero ahorrado a arreglos de la casa, haciendo esfuerzo por mejorar su vida:

“Por ejemplo ahora se nos ocurrió darle un cariñito afuera a la casa, la estamos pintando la reja; mientras yo estaba en el hospital mi esposo pintó la casa, otro cariñito” (Entrevista N°6, p 61)

Es decir, la cantidad de dinero que ahorran los usuarios al recurrir a la farmacia popular a comprar sus medicamentos, ha repercutido de manera positiva, mejorando su calidad de vida en planos tangibles y concretos, que antes eran impensables. Por eso se considera a la farmacia popular de Recoleta y San Ramón como un servicio de primera calidad.

Si bien la evaluación de los usuarios en ambas farmacias populares tiende a ser positivas, hay algunos entrevistados que mencionan las deficiencias aun ven en la farmacia popular. A más de 2 años de funcionamiento en cada una, hay remedios que no llegan, pero están con la satisfacción que aunque tenga que esperar largos periodos de tiempo para que lleguen, la farmacia popular les cumple, porque finalmente llegan.

A veces es tanta la espera y desesperación por obtener el medicamento, que algunos usuarios han pensado viajar directamente al extranjero a conseguir sus medicamentos más baratos.

La demora en los medicamentos es una de las críticas recurrentes, teniendo que comprar afuera en las farmacias de grandes cadenas, porque los sujetos no pueden dejar de tomar los medicamentos. Es un empuje a comprar en el mercado privado farmacéutico, en tiendas retail o en farmacias de barrios que claramente no tiene el descuento de la farmacia popular, pero son un poco más económicas que las farmacias de grandes cadenas.

“Por ejemplo, hay un medicamento mío que yo compro para los huesos y he tenido que comprarlo en las otras farmacias” (Entrevista N°1, p 58)

“Las que me pincho en el dedo antes de fin de año en el 2017 no alcanzaban a costar 10 lucas, ahora aquí no hay y las tuve que comprar en falabella, 20 lucas me salieron y eso que estaban rebajadas” (Entrevista N16, p 54)

“(…) busco las... porque hay algunas farmacias de barrio... aquí tenemos una farmacia de vecindario, que uno puede comprar... es mucho más barato que ir a comprar a una farmacia SalcoBrand, en la Cruz Verde...” (Entrevista N°1, p 15)

Sin embargo, aunque tengan que enfrentar la situación de espera, los usuarios entrevistados dan gracias del apoyo que han recibido de la farmacia popular en Recoleta y San Ramón, ya que evidentemente los ha ayudado económicamente, porque antes no tenían otra opción más que comprar en las farmacias de grandes cadenas.

Esto último indica que, el periodo que lleva la farmacia popular en ambas comunas, ha causado que las personas se acostumbren al buen trato de medicamentos menos costosos, considerando que esta iniciativa es como un sueño hecho realidad para ellos, porque se simplifican la vida de muchas maneras. Ya no tenían la aflicción de andar recorriendo farmacia por farmacia mendigando un descuento en las farmacias de grandes cadenas.

“Entonces en esta farmacia vi que ya iba a dejar de andar aventurando, buscando porque yo sí que recorría hartas farmacias, todas, todas, todas” (Entrevista N°6, p 77)

Entonces sobre todo para la gente jubilada, la farmacia tiene una satisfacción positiva para sus usuarios. Pero además ha permitido que las personas se las ingenien para obtener descuentos, es decir, la educación que han recibido por parte de las farmacias populares no sólo les ha servido en ellas mismas, sino para defenderse del mercado farmacéutico en cualquier parte.

“yo de mi parte pongo todo lo contenta que estoy” (Entrevista N°3, p 29)

Aunque, para acceder al apoyo de la farmacia popular, hay procesos previos, ya que cada farmacia popular en cada comuna tiene estrictas reglas, donde cada persona tiene que recurrir a su municipio, no puede acceder a medicamentos populares en otra parte. Eso es lo que también critican los usuarios, que no sea una política globalizada y abierta, sino que se tiene límites claros:

“Yo trabajo en la municipalidad de la granja, estoy del año 77 y un día que no teníamos las gotitas yo pregunté allá y le dije: por ser funcionaria me pueden vender y el niño que me atendió allá me dijo que no porque mi marido, porque la receta está a nombre de él, tenía que vivir allá, trabajar allá o estudiar allá en la comuna de la granja. Lamentablemente yo llevo 40 años en este municipio y no tengo ningún apoyo porque por ultimo yo como funcionaria deberían de apoyarme y decir: ella trabaja aquí hace tanto tiempo y su esposo necesita u otra funcionaria para los hijos...pero no” (Entrevista N°10, p 44)

Incluso por ser funcionarios públicos no sienten apoyo de los organismos estatales; esas mismas personas que socialmente están consideradas como “*con más beneficios*”, se ven desprotegidas por la estructura neoliberal del sistema social. Sin embargo, tienen la esperanza de que un día las farmacias populares tengan un funcionamiento más completo y no discriminatorio.

6.4 Legitimidad de la creación y funcionamiento de la farmacia popular

Todo proyecto para ponerse en marcha debe ser legitimado por la sociedad y organismos competentes. La farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón, no sería posible sin la aprobación de sus usuarios, y cómo ellos significan la legitimidad que tuvo que pasar la farmacia popular en distintas estructuras sociales.

Por la primera aprobación que tuvo que pasar este tipo de proyecto farmacéutico popular, fue por organismos estatales, para que dieran el pase de crear una farmacia en un municipio como algo inédito, y todo lo que ello conlleva.

Dentro de la organización preliminar, surgieron diversas alternativas antes de la farmacia popular. Por parte de los usuarios organizados de Recoleta, con la cooperativa vecinal “*Salud Solidaria*” y los funcionarios municipales, tenían la idea inicial de importar los medicamentos – siempre bajo el amparo de lo que la ley permite –, ya que en ese momento se abaratan más costos comprando en otro país que en Chile mismo.

“(…) porque nosotras lo que pensamos primero, era importar remedios, no comprar aquí. Importar remedios, afuera... porque empezamos a averiguar que en Perú, Argentina, en Brasil se podía comprar remedios mucho más baratos” (Entrevista N°1, p 10)

El Instituto de salud pública (ISP) tuvo mucho que ver en la creación de la farmacia popular, sobre todo en la perteneciente a la comuna de Recoleta, ya que era la pionera, esta alternativa a los medicamentos era algo desconocido en materia nacional y mercantil, por eso el apoyo que surgió del ISP fue crucial para su creación.

Mediante reuniones entre funcionarios de la municipalidad de Recoleta, usuarios organizados y el ISP se formó la farmacia popular. Este último organismo fue el encargado de instruir a la municipalidad de Recoleta a través de reuniones que se hicieron entre sus actores, tomando siempre en cuenta la opinión y experiencia de los usuarios organizados. De hecho, fue el mismo ISP quien les dio la idea de crear una farmacia con características sociales, tomando en cuenta las expectativas del municipio:

“Y ahí, de repente, no sé si ahí al alcalde alguien... o al ISP por ahí se le ocurrió la farmacia: “y por qué no formamos una farmacia popular.” Una farmacia de la municipalidad y ahí se fue... salió la farmacia po’...” (Entrevista N°1, p 12)

El proceso fue iniciado con mucho esfuerzo, y en conjunto con la comunidad; además no fue de un día para otro, fue largo y complejo. Pasaron más de un año en reuniones con el ISP para poder conformar de manera oportuna y legar la alternativa de farmacia popular. En el proceso existieron reuniones con médicos, consultorios, y entre organismos estatales.

Frente a esta historia inicial de lucha, es que los usuarios de la farmacia popular de San Ramón, significan la figura del alcalde de Recoleta, Daniel Jadue, como la persona que dio la pelea por todos los miembros de la sociedad. Considerando también que esto no hubiese sido posible con un gobierno de derecha; consideran como un punto a favor que esto haya surgido de Recoleta como municipio de izquierda y en el segundo Gobierno de la ex mandataria la Sra. Michelle Bachelet.

Sobre todo entre los usuarios de San Ramón, existe una contraposición. Algunos culpan a las trabas que han puesto los gobiernos de derecha para este tipo de proyecto, haciendo hincapié al primero gobierno del Sr. Piñera; pero además, hay otros usuarios que culpan la mala administración de los gobiernos de la Sra. Bachellet como los responsables que el tema de medicamentos no este del todo controlado por el Estado en pro de los más desfavorecidos:

“(...) por la mala distribución de la presidenta poh, que más que eso. Ella sabía, claro que sabía, ella sabe...pero por supuesto pues, cómo no iba a saber ella, en su casa si usted es la dueña de casa y un día no hay pan, usted un día va a decir: bah que raro si en mi presupuesto está la luca del pan, y usted que hace como buena administradora? Tiene que preocuparse poh, cómo el pan no llegó, por qué no llegó? Es como el buen administrador. Y una presidenta o un presidente es un buen administrador” (Entrevista N°6, p 69 y 70)

Consideran que la administración de la ex presidenta Bachellet fue deficiente y ellos significan que por eso las políticas en medicamentos están atrasadas.

6.4.1 Legitimidad de la farmacia popular desde la influencia de los medios de comunicación

Los medios de comunicación causan gran influencia en la percepción que tiene las personas de un cierto fenómeno, por eso es que la prensa en la formación y funcionamiento de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón, tuvo revuelo en la opinión pública de manera positiva y también negativa.

Los usuarios entrevistados admiten que en las opiniones que salen en prensa – especialmente en televisión y diarios – sobre la farmacia popular, tiene un toque político, por lo que suelen criticar más que a la farmacia misma, también al alcalde que inició esto, al Sr. Jadue, alcalde de Recoleta.

Y producto de las críticas negativas que hacen los grupos políticos de poder, dueños de distintos medios de comunicación, la gente se tiende a influenciar. Pero los mismos usuarios, conocen el funcionamiento de la farmacia popular, porque lo viven día a día, se refieren a esas personas que critican negativamente como personas desinformadas.

Por otro lado, hay usuarios que no han escuchado muchas cosas en la prensa de la farmacia popular, y en cambio hay otros que tienen una positiva opinión, viendo de manera positiva la acogida de la prensa a la farmacia popular, con una buena cobertura a nivel nacional, ya que es un tema contingente y estalló en el periodo indicado.

Respecto a la cobertura en televisión, los usuarios han visto noticias que hacen relevancia a: la reproducción de este proyecto, con su existencia en varios municipios; y también los reportajes sobre las historias de las personas que no tienen los recursos para comprar sus medicamentos.

La mirada positiva que tiene la televisión de la farmacia popular en Recoleta y San Ramón, es algo importante para los usuarios, porque con eso se recalca el espíritu de este tipo de proyectos: un bien y beneficio para la comuna.

Es más, los usuarios organizados de San Ramón a través de la televisión vieron las gestiones que hizo Recoleta, y eso fue la gatillante para pedir este tipo de política en su comuna:

“Yo primero vi la de Recoleta, siempre veo en la noche las noticias, y dije: aay que bueno, y un día justo en esa semana hubo una reunión con el alcalde, y fuimos las viejas y le dije: Oiga, sabe que le digo yo, sabe que pusieron una farmacia, creo que da buen resultado” (Entrevista N°6, p 33)

También los usuarios ven en televisión las discrepancias que se crean en torno a la farmacia popular, donde las farmacias de grandes cadenas están en una guerra con ellos tratando de desacreditar este tipo de iniciativas.

En televisión algunos usuarios vieron que los dueños de grandes cadenas tenían la intención de hacer campañas en contra de las farmacias populares y sus alcaldes:

“(…) porque decía que esto era “lo más peor”, que era que “el Alcalde se quería ganar las platas...”, se quería ganar... como atraer la gente” (Entrevista N°3, p 50)

Por otro lado, está la cobertura de la prensa escrita, en la cual no todos los entrevistados tienen una opinión clara de los medios escritos, ya que tienden a prestarle atención más a la televisión, porque tiene una mayor cobertura. Pero de los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón, que si han notado algún tipo de noticia en los diarios sobre la farmacia, admiten que la opinión de la prensa escrita se basa principalmente en argumentos políticos, porque sus dueños suelen ser de tendencia política de derecha, entonces:

“(…) también han dicho cosas, pero después... son cosas que de repente los... pero... son cosas que no son verdad” (Entrevista N°1, p 36)

Pero los mismos usuarios declaran que no le prestan importancia a ese tipo de críticas, porque son ellos los que experimentan el funcionamiento de la farmacia popular en sus comunas.

6.4.2 Legitimidad de la farmacia popular frente a la perspectiva de las farmacias de mercado

Tanto usuarios de la farmacia de Recoleta como la de San Ramón, consideran que este tipo de proyecto tiene un objetivo benéfico, a diferencia de las farmacias de grandes cadenas que son consideradas por muchos como un negocio.

Claramente las farmacias populares abordan a un tipo de mercado en particular: las farmacias de grandes cadenas. Pero éstas no se quedaron con los brazos cruzados, por lo que comenzaron a tener conflictos con las farmacias populares, lo que los usuarios significan como un conflicto.

Según los usuarios, las farmacias populares son una piedra de tope para las farmacias de grandes cadenas, porque ellas están acostumbradas a generar altos porcentajes de utilidades:

“(...) por eso ellos no tienen ningún beneficio con las farmacias populares porque así se le han ido muchos clientes que tenían que verse con la obligación de comprar remedios caros y en cambio ahora no poh” (Entrevista N°10, p 58)

Frente a esto, los usuarios ven en los dueños de las farmacias de grandes cadenas un tipo de resentimiento, por el escape de clientes que han tenido, lo que les merma la idea de negocio que tenían de las farmacias.

De hecho, los usuarios han tomado tanta conciencia de lo que ha hecho la farmacia popular en el mercado farmacéutico, que encuentran la razón a las farmacias de grandes cadenas en estar molestos, porque:

“Bueno, ellos tienen razón de estar molestos...porque si ellos... tienen un valor sus remedios y estos están tan económicos que están en precios, es para que regañen” (Entrevista N°3, p 49)

Ya que fue un mercado que cambió drásticamente, con un enfoque positivo hacia el pueblo, no hacia las farmacias. Es por eso que los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón, han visto como algunas farmacias de grandes cadenas han tenido que bajar algunos precios de medicamentos, o hacer algo al respecto para que su clientela no se vaya, algo propio de la competencia de mercado.

“(...) pero van a tener que llegar, porque que ya están algunas cosas bajando de precio... en las farmacias, en las cadenas han bajado algunos precios, por esto, por las farmacias populares”
(Entrevista N°1, p 79)

Por otra parte, hay usuarios que consideran que el conflicto con las farmacias de grandes cadenas es inevitable, porque las diferencias de precios respecto a las farmacias populares son muy grandes, entonces consideran hasta lógico que reclamen por la venta de los remedios.

Es más, es tal la desesperación y la molestia de las farmacias de grandes cadenas, que algunos usuarios consideran que se coluden entre ellas para boicotear a la farmacia popular:

“(...) eso es para boicotear a las farmacias populares poh, es para eso. Es una estrategia que usan ellos porque...ahora no, hay muchos remedios que uno pide acá poh en la farmacia”
(Entrevista N°5, p 37)

Los usuarios significan esto como una constante crítica, ya que ésta busca favorecer a las personas, saliendo de la idea de utilidades:

“(...) es que yo creo que las farmacia popular no va con mucho interés a las ganancias porque es para ayudar a la comunidad, ahora la empresa estas grandes es lógico que ellos digan esto, porque imagínate grandes cadenas donde tú vas a comprar un producto... las gotitas de él cuando no hay compro en la farmacia de afuera me salen como \$25.000, \$ 26.000 entonces ellos ganan” (Entrevista N° 10, p 39)

Ya que las declaraciones públicas de las farmacias de grandes cadenas son que las farmacias populares no funcionan como establecimientos farmacéuticos. Entonces la crítica de estas farmacias viene de la pérdida de ganancias.

Los usuarios entrevistados también consideran que de cierta forma, la creación de la farmacia popular en los municipios ha repercutido a las farmacias independientes o las de barrio, porque ellos al ser más pequeños no ganan el volumen que una farmacia de grandes cadenas, entonces notan la pérdida que ha provocado este fenómeno.

Incluso, algunas farmacias de barrio, han tomado de mala forma la creación de la farmacia popular, acusando a este tipo de iniciativa como una mafia.

Por ende los entrevistados son capaces de diferenciar entre el perfil de usuarios de la farmacia popular y el perfil de usuarios de las farmacias de barrio. Estas últimas tienen un perfil más común, mediante la venta de medicamentos sin retención de receta, además no traen los más caros.

“(...) si porque nosotros tenemos una farmacia de barrio que es muy barata en sus remedios, es la farmacia de los paltos, traen bien baratos los remedios, pero estos remedios que mi esposo necesitaba como es el Galdesmex y el otro....Y esas farmacia de barrio no las traen por lo mismo que le digo, deben ser muy cara y los laboratorios no le hacen a ellos el precio como a la popular (...)” (Entrevista N°7, p 52)

Por lo mismo, su margen de utilidades es pequeño, donde además son víctimas del aprovechamiento de distribuidoras, ya que no tienen el capital ni volumen para comprar directamente a los laboratorios, incluso cobrándoles más caro que a las farmacias de grandes cadenas; por lo que su enfoque es distinto a una farmacia de grandes cadenas como Salcobrand, Cruz verde o Ahumada. Pero:

“(...) y todo las de barrio tienen un margen chiquitito y venden más barato que las de... las grandes cadenas” (Entrevista N° 1, p 72)

Frente al perfil que tienen las farmacias de barrio, los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, no considera que la farmacia popular sea una merma, sino que incluso se pueden complementar: ya que si un día no está el medicamento en la farmacia popular, se puede encontrar en las farmacias de barrio y a un precio mucho más económico que en las grandes cadenas.

Sin embargo, la posibilidad de los bajos precios en la farmacia popular, es lo que consideran los usuarios como un motivo de conflictos con las farmacias de barrio, incluso tomando medidas radicales contra las farmacias populares:

“Por supuesto si (hay conflictos), ellos nos han hecho la guerra a nosotros” (Entrevista N°1, p 74)

Pero, en su opuesto, hay usuarios de las farmacias populares que no se preocupan de estos conflictos, que están ajenos a todo tipo de disputa. No han escuchado nada, ni sabido nada. Frente a esa posición, creen que no deben haber problemas, porque ven que las personas de igual forman compran en las farmacias de barrio, además que su reproducción es menor:

“Yo creo que ahí no hay mayor problema, porque son pocas las ‘farmacias de barrio’ que hay” (Entrevista N° 2, p 27)

Ya que, las farmacias de barrio están prácticamente en el limbo del mercado farmacéutico. Por distintas razones las grandes cadenas farmacéuticas han hecho desaparecer varios de estos negocios.

“(...) y las farmacias de barrio no pueden comprar directamente a los laboratorios... eso fíjate que yo no lo sabía... y ahora lo sé. Para que veas tú cómo es la suciedad de los negocios...”
(Entrevista N°1, p 30)

Las farmacias de barrio no pueden comprar a laboratorios, por las trabas que ponen las grandes cadenas de farmacias y el dominio que tienen incluso de los laboratorios.

Este mismo impedimento a comprar genera que las farmacias de barrio no puedan bajar precios al tope de la farmacia popular, ni tener estrategias de marketing como las ofertas.

Por lo tanto, los entrevistados significan a las farmacias de grandes cadenas como un negocio permanente, ganando más utilidades de las que deberían ganar en un escenario normal:

“(...) siempre han sido un negocio, la mayoría, porque imagínate ahora las farmacias, las tres más grandes ¡cuántas farmacias tienen!, hay montones de farmacias” (Entrevista N°4, p 33)

Es tanto el nivel de rechazo que tienen los usuarios de Recoleta y San Ramón a las farmacias de tipo retail, que no saben qué decir, quedan sin palabras frente al sistema que manejan; sólo reconocen con resignación que este tipo de farmacias jamás terminará porque tienen una oferta más amplia; pero de lo que sí están seguros es que la farmacia popular influirá en el proceso de precios de las farmacias de grandes cadenas:

“De terminarse, nunca se van a terminar, pero van a tener que bajar los precios y eso es bueno para nosotros... o sea, pa’ todos” (Entrevista N°1, p 80)

En consecuencia, para los entrevistados, los altos precios de medicamentos en las farmacias de grandes cadenas, sumado a la negativa de los laboratorios a vender a las farmacias populares, es una clara reacción de la colusión entre farmacias y laboratorios, considerada como una mafia.

Pero por sobre todo, no sólo hay intereses económicos en esta colusión, también existen intereses de grupos de poder:

“(...) es que en los laboratorios, en las farmacias hay intereses políticos, hay intereses creados...” (Entrevista N°1, p 48)

Esta colusión afecta directamente a las farmacias populares, ya que las cadenas tienen privilegios, comprando a precios diferentes a los laboratorios.

6.4.3 Legitimidad en la relación de la farmacia popular con los laboratorios

Hay una tendencia al desconocimiento respecto a la relación de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón con los laboratorios. Es por eso que hay usuarios que no saben de la relación que tienen; por otro lado hay usuarios de la farmacia popular que se basan en lo que han visto por televisión o

según las explicaciones que le dan los funcionarios de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón cuando van a comprar y sus remedios no están.

Con esos antecedentes tienen entendido que la relación con los laboratorios no es muy buena, ya que a los laboratorios no les quieren vender a las farmacias populares, puesto que sus dueños tienen relación con los dueños de las grandes cadenas de farmacias.

Si bien a la actualidad se han suavizado un poco los conflictos entre laboratorios y farmacias populares, aún falta por mejorar, y en caso de seguir, los usuarios y la farmacia popular de Recoleta y San Ramón se sienten respaldados por organismos públicos:

“(...) tenemos que reclamar al ISP no más. Dejamos el reclamo en la superintendencia de los remedios no más” (Entrevista N°1, p 75)

En primer lugar, los usuarios tienen una crítica opinión a los laboratorios, considerándolos como una mafia, ya que dan remedios para una cosa y enferman para otra cosa. Además de la relación entre laboratorios y farmacias de grandes cadenas:

“(...) porque las farmacias, la SalcoBrand es del laboratorio Recalcine, yo sé que es del laboratorio Recalcine... y la otra... la... la otra farmacia, la Cruz Verde es de otro laboratorio, entonces son negocio” (Entrevista N°1, p 24)

Los usuarios no tienen más referencia que lo dicho por los funcionarios cuando se dirigen a comprar medicamentos en la farmacia popular y no está el stock disponible. Solamente saben que los laboratorios muchas veces no quieren mandar los medicamentos, generando una especie de guerra con la farmacia popular de Recoleta y San Ramón; entre ellos están los laboratorios privados y la Cenabast:

“Porque si poh, de primera hubieron problemas de que la CENABAST no daba los remedios, no daba...querías comprar un remedio y no, no estaba porque la CENABAST no daba el pase para abastecer esta farmacia. Era como una guerra de las farmacias contra la farmacia popular”
(Entrevista N°5, p 31)

Frente a la falta de despacho por parte de los laboratorios, muchos de los usuarios se molestan, haciendo un constante reclamo a la espera que debe pasar para obtener sus medicamentos. Sin embargo, admiten que esa espera no es causa por las farmacias populares mismas, sino que dependen los laboratorios y la actitud de pesadez que toman de vez en cuando:

“(...) pero es problema de los laboratorios, porque los laboratorios de repente son pesados”
(Entrevista N°1, p 60)

Es por eso que los usuarios relacionan esta actitud de los laboratorios como intereses de grupos de poder, frenando a los encargados de las farmacias populares de Recoleta y San Ramón, quedando de brazos atados en el stock de medicamentos:

“Claro, es que cuesta de repente cuesta para conseguirse los medicamentos la personas encargada, le cuesta porque la paran, la paran; y además que hay mucho personaje de poder

que tratan de parar poh, de parar porque el billete que le está llegando no debe ser, debe tener una pequeña merma entre todo, debe ser una pequeña merma no más” (Entrevista N° 8, p 51)

Por lo tanto, los entrevistados de Recoleta y San Ramón barajan la idea de otras posibilidades ante la negativa de algunos laboratorios a vender medicamentos. Entre esas alternativas sugieren hacer convenios con otros laboratorios; y por otro lado, la idea de importar medicamentos, ya que en reuniones con el municipio y los alcaldes, se pensó en esa posibilidad.

Además los usuarios de Recoleta y San Ramón, admiten el esfuerzo que hacen los funcionarios de las farmacias de ambos municipios, casi suplicando a los laboratorios que le dejen los medicamentos al precio justo:

“Yo sé que a las farmacias populares les cuesta mucho conseguir los remedios caros como los de mi esposo, les cuesta demasiado, ellos luchan, ellos llaman por teléfono a los laboratorios, llaman a los laboratorios constantemente para que manden esos remedios que los de las personas necesitan” (Entrevista N° 7, p 43)

Al mismo tiempo, los usuarios entrevistados remiten la farmacia popular a la figura del alcalde de Recoleta, como el municipio pionero en este tipo de iniciativa, dándole las gracias por la labor que han hecho por y para la comunidad:

“(…) un 7 para los alcaldes que han asumido esto y en especial para el alcalde Jadue que fue él quien dio la pelea primero” (Entrevista N°8, p 21)

Los alcaldes que han iniciado estos proyectos en sus comunas, se han ganado el apoyo de sus pobladores, siempre con una actitud de agradecimiento de parte de los usuarios de la farmacia de Recoleta y San Ramón:

“Yo, como te digo, no puedo decir nah’, porque yo estoy comprando los remedios ahí, entonces... no tengo nah’ que estar desprestigiando” (Entrevista N°4, p 55)

Así como el alcalde a través del municipio les entrega los medicamentos, ellos consideran que no deben hablar mal de los alcaldes, es como una suerte de devolución que hacen los usuarios.

Pero que estén contentos con este tipo de iniciativas, no quiere decir que no tengan críticas. Una de ellas es la cantidad de medicamentos para un paciente, la necesidad que tiene, versus el stock que posee la farmacia popular para cubrir la necesidad de todos sus usuarios inscritos:

“Una vez fui a pelear con el alcalde, él me decía que no porque yo compraba muchos remedios y había que abarcar a todos; entonces yo le decía que yo entendía, pero había un remedio que sí lo necesitaba” (Entrevista N°6, p 43)

Es decir, con la farmacia popular muchos alcaldes mejoraron su evaluación ciudadana, diciendo incluso que votarían por el mismo alcalde, ya que ha hecho labores reales para la comunidad.

Por otro lado, los usuarios han experimentado la preocupación de los alcaldes con ellos y sus necesidades, no sólo por la creación física del establecimiento farmacéutico, sino que también preguntado directamente por ellos, yendo a sus casas o en un diálogo directo:

“Pero él es preocupado, lo he visto varias veces en la farmacia; a veces yo estoy comprando o esperando mis remedios y me dice: que andan haciendo chiquillas....y yo le respondo: No, si ando viendo mis remedios si es que están, porque otras veces no están, y él me dice: ¿cuáles son los remedios que faltan? Y pregunta pa dentro. Yo lo encuentro bien preocupado” (Entrevista N° 6, p 57)

Los usuarios recalcan la confianza y esperanza que tienen en estos proyectos farmacéuticos municipales, y con ello también en sus entidades políticas:

“Claro, pero no sé, tengo fe de este caballero... tengo fe, ojalá no, ojalá no me defraude...”
(Entrevista N°4, p 27)

Esperan también que esto no se entorpezca con la política, sino sería una desilusión para ellos.

Es evidente que la farmacia entrega medicamentos a bajos precios, entre ellos obteniendo casi la mitad del precio que pagaban en las farmacias de grandes cadenas. Es por eso que consideran a este mercado como:

“Eso es para enriquecerse más los empresarios. Las farmacias son...los empresarios son los dueños de las farmacias” (Entrevista N°5, p 8)

Y esto genera la necesidad y desesperación de las personas que no pueden comprar los medicamentos que son indispensables para su salud.

Por ende, desde siempre los sujetos han recurrido a los organismos públicos cuando requieren con urgencia una ayuda. Casi la totalidad de los usuarios entrevistados había acudido antes a su municipio en busca de alguna ayuda solidaria para cubrir los gastos económicos que implican sus necesidades.

Frente a estas necesidades es que fueron surgiendo ayudas desde el municipio y desde los mismos vecinos. Fue ahí donde se formó en Recoleta la cooperativa vecinal Salud Solidaria, surgiendo como una respuesta desesperada a la falta de interés de las autoridades con respecto a las necesidades vitales de su pueblo.

Los usuarios de Recoleta y San Ramón creen que esta iniciativa nació de un municipio porque ellos están más cercanos a la realidad que viven los sujetos, viendo y recibiendo las demandas por sus necesidades:

“O personas que necesitaban el remedio, por enfermedades catastróficas, que concurrían a la municipalidad buscando ayuda, porque no podían comprar remedios caros” (Entrevista N°1, p 7)

“A lo mejor porque los municipios tienen más noción de la pobreza y de la necesidad que hay en cada comuna” (Entrevista N°7, p 36)

Es por eso que esta iniciativa parte desde un Gobierno local, poniéndose en el lugar del otro. Más allá de una idea de subsanar los temas en fármacos, era la idea de generar una empatía, porque si no fuera por la ayuda que los sujetos van a pedir a los municipios o por organismos como

Capredena u otros, las personas no podrían tener una salud tranquila, y estarían más acomplejados de lo que ya están.

Aunque, para los usuarios todo tiene que ver con política. Y aunque para los entrevistados esta iniciativa debió partir desde el Estado, independiente de si hay un gobierno de derecha o izquierda, argumentando que todos los chilenos pagan impuestos – por lo tanto, tienen derecho a este tipo de iniciativas – también en el otro extremo, hay usuarios de la farmacia popular que tienen la convicción que, de igual forma las farmacias municipales tiene un manejo desde el gobierno a través del presidente al mando en el periodo de inicio de las farmacias de carácter municipal (el segundo mandato de la ex presidenta Michelle Bachelet):

“Yo he escuchado conversas así... yo he escuchado conversas de que todo esto lo ha organizado la presidenta” (Entrevista N°3, p 41)

6.4.4 Legitimidad del derecho

Los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y de la farmacia popular de San Ramón, difieren de la perspectiva del proyecto municipal: para algunos es un derecho, mientras que para otros es sólo un beneficio.

Para los usuarios que esta iniciativa es un derecho, lo consideran como un derecho en salud que todos deberían tener:

“Como un derecho de salud, porque estos tenemos derecho en este mundo, todos tenemos derechos a tener algo un poquito mejor, sobre todo nosotros que estamos en una comuna que es pobre” (Entrevista N° 7, p 42)

Mientras que los otros consideran que es un simple beneficio que lograron los municipios de conseguir los medicamentos más baratos; por lo mismo no lo consideran como un derecho, porque la farmacia popular no es algo que se masifique al sistema de salud en general.

“Yo creo que el derecho en salud está en los hospitales, en los consultorios, en las clínicas”
(Entrevista N° 8, p 48)

Por lo mismo los entrevistados consideran que todas las personas deberían tener el derecho en salud, aunque de cierta forma la farmacia popular logró dar un paso para aliviar a muchas familiar y poner en boga las deficiencias del sistema de salud.

Por lo tanto, según los relatos de los usuarios entrevistados, la farmacia popular es una farmacia como cualquier otra, tiene el mismo mecanismo. Pero su diferencia recae en el no lucro, no generando un objetivo económico, sino un objetivo social, siendo justos en los precios y sobre todo pensando en la gente que más lo necesita:

“una farmacia popular, es una farmacia como todas las farmacias, pero con un, como le dijera yo, como con un convenio con la gente humilde, con la gente del pueblo, con la gente que no

tiene, con la gente que necesita sus remedios y no los puede comprar en otra parte. Es una farmacia que está ayudando a la gente” (Entrevista N° 7, p 23)

Para los usuarios de ambas comunas la farmacia es para la gente más humilde de cada comuna, siendo lo mejor que ha hecho la comuna, con un beneficio y ayuda tremenda para los que tienen un ingreso menor.

“(…) una farmacia popular...yo pienso que no sé poh, una farmacia que está como para al servicio de todas las personas de escasos recursos que puedan acudir a ella poh” (Entrevista N° 9, p 6)

Por lo mismo la farmacia popular tiene la idea reversa a negocio, no está considerada para ganar utilidades económicas, sino que todo lo contrario, intenta favorecer a muchos de sus pobladores. Pero si es posible que pueda tener otro tipo de ganancias:

“Sí, sí, eso le aporta muchos votos al señor, Jadue” (Entrevista N°2, p 12)

6.4.5 Legitimidad de su funcionamiento

Los entrevistados reconocen dos tipos de funcionamiento dentro de la farmacia popular, por un lado los usuarios han escuchado algunas opiniones críticas de otros sujetos diciendo que los medicamentos que entregan la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón no tendrían la misma efectividad que un medicamento en venta de las farmacias de grandes cadenas:

“(…) supongamos el Recalcine, que es un Laboratorio bien importante y caro, también po’. Entonces, la gente duda de que los remedios aquí puedan ser... que hagan menos efecto a los enfermos” (Entrevistas N°3, p 22)

Se crea el cuestionamiento de si serán mejores que otros más costosos. Este cuestionamiento se crea también por el formato de entrega de medicamentos, diferente a lo que están acostumbrados en las farmacias de grandes cadenas:

“Y eso yo escuche, como que desconfiaban de los remedios que nos entregaban a nosotros en los sobres, en unos cartuchitos” (Entrevista N°3, p 53)

Y por otro lado, el funcionamiento estructural de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, siendo agradecida por algunos usuarios y destacan su transparencia; mientras que hay otros usuarios que ponen en duda el funcionamiento y creación de la farmacia.

Están los usuarios que agradecen el funcionamiento de la farmacia popular, su orden y buena disposición; para ellos es un funcionamiento bajo la verdad, siendo las únicas farmacias que están dando los medicamentos en el precio. De hecho, en la farmacia popular de San Ramón implementaron un carnet de usuario de farmacia popular, teniendo un registro y un funcionamiento transparente.

Por otra parte están los usuarios que sienten que de alguna forma la farmacia popular obtiene alguna ganancia, porque no encuentran explicación a que formen algo sólo para ayudar a las personas:

“(…) que por ejemplo, no yo creo que más de alguna ganancia les genera, si no pueden tener así...por qué, para qué, no vería sentido, para qué van a poner una farmacia si no hay...y más encima pagarle a personas que las atiendan y no tener ningún tipo de ganancia?” (Entrevista N°9, p 27)

Por lo mismo cuestionan su funcionamiento y las formas para acceder a medicamentos tan baratos, preguntándose por qué sólo ellos – y nadie más –, es decir por qué sólo la farmacia de los municipios pueden tener esos precios, encuentran que esta situación es extraña y no encuentran explicación a ese fenómeno:

“(…) no sé poh, yo digo: por qué solamente esa farmacia puede tener esos precios, y por qué no podrían esos mismos precios haber en las farmacias comunes y corrientes, ¿por qué tiene que ser la municipalidad la que logre esos precios, por qué? Eso es lo que, digo el por qué, no sé, tiene que haber algo raro ahí, porque puede ser que, por qué ese precio no está en una farmacia pucha de la población, de barrio, en una farmacia de las cadenas también podían tener esos precios, por qué no los tienen ahí. Porque algo raro pasa, ¿por qué?” (Entrevista N°9, p 16)

Por lo tanto, la expectativa frente al funcionamiento de la farmacia popular, es alta, por la falta de stock y las demoras en algunos remedios, las personas tienden a reclamar, pensando que les están mintiendo:

“(…) y la gente dice “¡No, no puede ser, si no llegan los remedios, no están!””, ahí uno les contesta –como uno está conforme con todo esto de la farmacia de la Municipalidad- entonces, yo les digo una cosa con otra po” (Entrevista N° 3, p 10)

Por eso los usuarios organizados que están desde un inicio tienen más paciencia y logran entender los motivos de la espera en medicamentos, por eso dicen que *“una cosa por otra”*. Es decir, este es un beneficio que está dando la municipalidad, un desahogo para muchos, entonces como todo servicio, hay que esperar algunas veces.

En la otra vereda, algunos usuarios no les han tocado encontrarse con falta de stock de medicamentos, ya que si no está la marca que ellos buscan, está la existencia de un alternativo que tiene los mismos componentes que el original.

Por otro lado hay usuarios de ambas farmacias populares que han sufrido con la falta de stock. Fueron meses que los usuarios estuvieron sin sus medicamentos, empujándolos a comprar en el mercado tradicional:

“(…) nosotros sufrimos mucho con esa cuestión al principio porque nosotros peleamos, lamentablemente como estábamos en crisis, como estábamos angustiados porque él tenía que tomar esos remedios” (Entrevista N°7, p 45)

Hay un sentimiento de angustia entorno al stock de medicamentos, donde la única alternativa es tener paciencia.

Sin embargo, según los entrevistados, esta situación ha ido mejorando paulatinamente, porque a algunos usuarios organizados, los más antiguos en el programa de farmacia popular o los con patologías más graves, los funcionarios de la farmacia les guardan sus medicamentos, para que no les falten porque son indispensables para vivir; u otra de las remediales a esta situación es el compromiso de la farmacia popular de avisar telefónicamente o personalmente en los domicilios de los usuarios sobre el estado de stock de sus medicamentos.

Y los remedios que no están en su inventario, los traen a través de un proceso que cumplen los usuarios:

“Porque los remedios que ellos no tienen, los traen, porque usted llega a la ‘farmacia popular’, se inscribe y se lo anotan, ellos piden el remedio al laboratorio que corresponde y todo eso”
(Entrevista N°2, p 14)

En consecuencia, los entrevistados que no han tenido mayores problemas con el stock de sus medicamentos, no tienen críticas negativas porque consideran que hay hartito surtido de remedios en comparación al inicio de su funcionamiento.

“(…) Por eso que de repente que hay cosas que hay y cosas que no hay. Hoy día yo creo que está más surtido, pero cuando yo empecé no” (Entrevista N° 6, p 35)

Mientras que hay otros usuarios que critican la falta de un stock permanente y diverso según las enfermedades de los usuarios:

“Si poh, hay más remedios que uno necesita, que son remedios que no son comunes” (Entrevista N°5, p 33)

Lo que piden los usuarios es un poco más de stock y que su funcionamiento de entrega sea diferente, con un mecanismo de encargo para cubrir a las personas que están inscritas.

“(…) o encuentro que lo que me gustaría a mí que hubiera un poco más de stock. Por ejemplo que lleguen 10 de estas y 9 ya las tengo anotadas porque ya mañana van a venir las abuelas a buscarla o quien se la tome” (Entrevista N°6, p 79)

Frente a estas experiencias de los entrevistados, están en capacidad de evaluar el funcionamiento de este proyecto, al respecto existen evaluaciones positivas y negativas, eso dependerá de la posición del sujeto en la realidad social.

Los usuarios organizados y no organizados aportan a la farmacia popular demandando los medicamentos que necesitan; ya que si las personas van a comprar la farmacia puede tener vida:

“(…) inscribiéndose la gente, pidiendo los remedios y así se pueden comprar los remedios que necesita... y la gente... yendo a comprar los remedios” (Entrevista N°1, p 32)

De esta forman, el apoyo de los usuarios es un elemento central para el funcionamiento.

Entonces, existen usuarios que están 100% conformes con la creación y funcionamiento de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, diciendo que están muy contentos y no tienen nada

que cuestionar al funcionamiento de la farmacia popular ni a los funcionarios que atienden en el lugar. Para ellos todo se refleja en una nota 7.

“Excelente, sí. No solamente para mí, sino que hablo en términos generales, que yo creo que a muchas personas que estamos en la misma situación, les ha servido mucho” (Entrevista N°7, p 39)

ASi también, otros usuarios medianamente positivos. Pero lo curioso es que ninguno de los usuarios entrevistados declara estar disconforme con la farmacia popular en sus comunas:

“(…) un 5, si le tuviera que poner nota. Pero nunca un 7, no, ni un 6” (Entrevista N°9, p 25)

Pero además, los entrevistados destacan dentro del funcionamiento de la farmacia popular, la relación que existe con los funcionarios, ya que estos se han involucrado a tal punto con los usuarios, que estos últimos sienten un apoyo, un hombro amigo en ellos. De hecho, algunos usuarios tienen el privilegio de ser considerados por los funcionarios, guardándole los medicamentos cuando llegan a la farmacia popular:

“Lo que pasa es que yo me hice amigo de la niña de la farmacia, una que trabaja atrás; y ella me guarda, el otro día había otra niña más y me dijo: no hay. Y le dijo quién es: Don Ernesto, no pa él hay. Si ella me guarda a mí, como sabe que yo ocupo dos gotas en la mañana y dos gotas en la noche, pa los dos ojos” (Entrevista N°10, p 2)

Pero tampoco es conveniente generalizar, puesto que también hay usuarios que están disconformes con la calidad de la atención por parte de los funcionarios – no así con la estructura de la farmacia popular – teniendo problemas con éstos en su forma de atender y su falta de compromiso.

“(…) sí, hay niñas bien simpáticas, como también...el que atiende ahí no me gusta. La niña de ahí es bien simpática, pero una vez con él tuve problemas, no me gustó” (Entrevista N°9, p 39)

“Porque yo también he ido de repente, y cuando hay inventario ni aunque yo le diga: sabe que estoy sin medicamentos desde ayer, desde ayer...una vez una niña de ahí, estoy sin medicamentos desde ayer entonces necesito comprarlos porque era un fin de semana largo, entonces obviamente que no tenía para comprar el remedio en otro lado...me dijo: no es que hay inventario, no se puede, no se puede. Y yo le dije: pero qué voy a hacer. Y me dijo: va a tener que comprarlo afuera” (Entrevista N°9, 31)

Pero hay usuarios que han tenido la fortuna de recibir un buen trato y recibimiento a la farmacia popular en las comunas en estudio.

“La atención es buena, las niñas que atienden ahí en la farmacia... buena la atención”
(Entrevista N°2, p 2)

Referente a su atención, los entrevistados significan que si bien la farmacia popular de ambas comunas tiene como lema ser una política inclusiva, los usuarios en su andar se han dado cuenta de algunas falencias al respecto.

Por un lado están los usuarios que dicen que la farmacia popular es para todos, independiente del ingreso mensual que obtengan.

“(...) a pesar que por lo que veo yo, la gente de clase media, de un poco más alta, también puede beneficiarse, también pueden llevar sus recetas... a todos les cuesta también” (Entrevista N°4, p 13)

Sin embargo otros dicen que no es una fórmula tan inclusiva, y que es muy complejo conseguir medicamentos ahí, ya que:

“Porque yo he necesitado...tengo que comprar vitaminas, o sea por mí, a mí todos los remedios, los medicamentos que tomo me bajan mucho las defensas, entonces qué es lo que pasa, que tengo que tomar vitaminas, ponerme neurobionta, todo ese asunto para yo estar bien, pero sin embargo si yo quiero vitaminas, ahí tienen vitaminas buenas, buenas vitaminas, pero que es lo que pasa, yo he preguntado si yo puedo: no, tengo que tener una receta de un médico, y una receta que sea permanente, y que la receta tiene que ser por más de 3 meses. Entonces si a mí se me acabó el tiempo, yo tampoco puedo comprarlo” (Entrevista N°9, p 24)

Esta diferencia recae en que la farmacia popular si bien es para todos, también tiene ciertos requisitos, por eso las personas tienden a criticar este aspecto, sugiriendo que debería ser como cualquier farmacia, con la salvedad que ayuda a los más pobres.

Aunque, los usuarios reconocen un tipo de flexibilidad en la farmacia popular en la búsqueda de medicamentos. Es decir, cualquier persona puede ir a buscar los remedios en nombre del paciente inscrito (en el caso de la farmacia de San Ramón, solo con el carnet de usuario).

Los usuarios reclaman sobre la flexibilidad que tiene la farmacia popular, sugiriendo que tendrían que mejorar el acceso a la compra total de sus medicamentos, independiente de la receta.

“Lo que tendría que mejorar seria que, que todos tuviéramos acceso a comprar todos los remedios, no solamente los que son de receta permanente, porque no todos los remedios son permanentes, uno se enferma....algunas personas se enferman de repente y no tienen la, la posibilidad porque ahí los remedios se tienen que comprar esporádicamente, de repente cuando uno se enfermó” (Entrevista N°9, p 38)

A pesar de sus críticas, los usuarios entrevistados, reconocen que a fines del 2016, comenzaron a tener dudas respecto a la continuidad de la farmacia popular, sobre todo porque algunos candidatos de sectores específicos habían declarado el cierre de este proyecto:

“Eso es lo que dijo el otro candidato, el otro candidato dijo que la iba... en unos debates que... en el primer debate dijo que iba a terminar con la farmacia” (Entrevista N°1, p 33)

Evidentemente los pobladores no estuvieron de acuerdo con las medidas de campaña de los candidatos que no estuvieron en la implementación de la farmacia popular de ambas comunas, por lo que tuvieron que modificar sus dichos, pero de todas formas los usuarios no le dieron credibilidad:

“(...) después cuando vio que... como que había dicho que... metió las patas, dijo que iba a mejorar el sistema, que el sistema no era bueno. Mentira” (Entrevista N°1, p 33)

Es decir, la reacción de los usuarios al decirles que la farmacia popular se puede cerrar es de lucha, porque asumen que es una ayuda para ellos y para toda la comunidad, por lo mismo el reclamo es inevitable:

“Nos pararemos si alguno de estos pelotudos que tenemos de presidente...haremos algo, aunque sea arrastrando las patas salgo a pelear mi farmacia. No si yo estoy muy contenta” (Entrevista N°8, p 33)

6.4.6 Legitimidad de la farmacia popular según la mirada de otros municipios

Algunos municipios replicaron la idea de Recoleta de inmediato, como lo hizo el municipio de San Ramón, y si bien a 2018 casi todas las comunas cuentan con este tipo de proyecto, independiente de las características socioeconómicas de las comunas; también hay otros que se niegan a abrir farmacias populares, porque no son convenientes para ciertos sectores políticos, ya que de un inicio se negaron a esta idea.

Es por eso que los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, consideran que la reproducción tan rápida en otros municipios se basan en motivaciones similares a la de Recoleta y otros por motivos políticos.

Según los usuarios entrevistados, la idea farmacéutica que inició el municipio de Recoleta se ha masificado a lo largo del país, abriendo farmacias de tipo municipal en varios Gobiernos locales.

Su reproducción se ha ramificado a nivel metropolitano y también regional. Sin embargo, aunque sean pocos los municipios que no tengan farmacia popular, si existen los que se niegan a esta idea. Frente a esto los usuarios consideran que para esos alcaldes tener una farmacia popular perjudicaría su idea lucrativa; uno de los casos más destacados en la negativa de la municipalidad de Renca:

“(...) pero la alcaldesa era una, una...la alcaldesa que había antes, la Vicky Barahona era una mujer que tenía, o sea que solamente se, tenía la alcaldía para llenarse los bolsillos, y nada más” (Entrevista N°8, p 4)

Todo depende de la tendencia ideológica e intención del alcalde de turno. Es por eso que algunos usuarios creen que la reproducción de este modelo es por razones sociales, así como también de razones políticas:

“Mira no sé, yo creo que no sé, si será por ‘moda’ o no (...) Así que bueno, me imagino que es por ayudar a la gente o hacerse populares a ellos mismos, también” (Entrevista N°4, p 39)

Por lo tanto, los usuarios entrevistados visualizan motivos sociales como uno de los factores de reproducción del modelo que impulsó Recoleta fue con motivo para ayudar a la comuna, para servir a los sectores más desfavorecidos de cada comuna. Por eso consideran su imitación:

“No sé, le copiaron al alcalde Jadue pero no no...No yo creo que igual es para ayudar a la gente, a los vecinos” (Entrevista N°5, p 15)

Incluso, los usuarios de la farmacia popular de San Ramón, creen que su farmacia tiene razones similares a las de Recoleta, porque han visto la necesidad de las personas.

Hay otros usuarios con opinión más crítica, visualizando motivos políticos. Estos argumentan que, la reproducción del modelo farmacéutico municipal se basa en razones políticas y por no quedar fuera de la esfera del fenómeno del momento:

“Como vieron que fue una buena idea la del señor Jadue, entonces, se acoplaron ahí todos, porque trae votos...” (Entrevista N°2, p 15)

“No tienen necesidad pero lo hacen porque, por no quedar en, no quedar como le dijera yo, no quedar como que ellos no quieren participar. Providencia lo hace por, por ser también tener una farmacia popular, como todas las comunas, entonces yo tampoco quiero estar fuera de eso”
(Entrevista N°7, p 35)

Por cierto, su reproducción se intensificó en el periodo de elecciones municipales de 2016, donde los usuarios consideraron con más fuerza la idea de que todo esto era político, independiente del sector ideológico. Para los usuarios esto lo significan como la necesidad urgente de crear farmacias populares de parte de los sectores políticos:

“Entonces, la política se acomoda de acuerdo a como usted la mire. Si usted es de derecha o de izquierda...” (Entrevista N°2, p 4)

Por lo tanto, algunos de los entrevistados consideran que la reproducción en otros municipios no ha funcionado de la manera correcta, y que por los motivos políticos existentes, se desvía el objetivo inicial de este tipo de proyectos: servir a la comunidad:

“Por eso digo yo, o sea, no han hecho bien las cosas... y eso que han ido del municipio a explicarles cómo nosotros lo hicimos todo (...)” (Entrevista N°1, p 45)

Si bien el municipio de Recoleta se ha encargado de instruir a los otros municipios, consideran que no han tenido el mismo resultado, diciendo que les falta mucho para conseguir los estándares que tiene Recoleta como municipio pionero.

6.5 Proyección de los usuarios sobre el mantenimiento del proyecto farmacéutico

Siempre se tiende a pensar en futuro, por eso los usuarios significan la proyección de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón de distintas maneras; ya sea interna como externamente; y ya sea en su crecimiento local – estatal o incluso su cierre.

Hay dos tipos de usuarios frente a la expectativa de pensar en futuro. Hay algunos que consideran que las farmacias populares no se deben acabar y otros que piensan que esto tiene una fecha límite.

Los usuarios que piensan que no se deben acabar son los más entusiastas, porque así obtienen muchos beneficios, entre ellos: que los laboratorios y las farmacias de grandes cadenas se den cuenta y asuman que están cobrando mucho dinero por los medicamentos; y también tienen la esperanza de un mayor stock, con la mantención de los precios populares que hay hasta ahora.

“Y ojala sigan así y que los remedios no suban de precio” (Entrevista N°10, p 73)

Y están los usuarios con una mirada más negativa, diciendo que esto es momentáneo. Por lo mismo dudan que sean un proyecto permanente y que en cualquier momento van a desaparecer:

“(…) pero también así como lograron, en cualquier momento se puede desaparecer, o sea que no, que de repente dicen: se terminó la farmacia popular y se terminó no más. Porque no es algo así que vaya a existir siempre, es algo como que, una cosa relámpago y chao. Se masificó por todas las municipalidades, todas quisieron hacer lo mismo” (Entrevista N°9, p 36)

Por lo mismo no tienen mucha iniciativa, considerando que si la farmacia popular se termina no hay nada que hacer, y como siempre ellos serán los más afectados, dificultando sus posibilidades de comprar y tener un tratamiento farmacológico continuo.

A pesar de algunas expectativas negativas de algunos usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón, la tendencia general se enfoca al crecimiento de la farmacia. Se considera con esto su crecimiento en cuanto a: su funcionamiento, incluyendo a funcionarios, stock, mejoramiento del proceso de entrega y de su modelo en general.

Por otra parte, algunos entrevistados consideran que son muchos requisitos los que tienen que cumplir para acceder a los beneficios de la farmacia popular, ya que consideran que si es para todas las personas, no deberían existir esas trabas.

Asimismo, existe la necesidad de un mayor stock y con ello el alcance a todo el territorio no solamente a los enfermos crónicos. En lo que si están de acuerdo los usuarios es que cada comuna tenga su farmacia, pero que realmente sea para todos sus pobladores:

“(…) yo pienso que la sugerencia mía sería, que los remedios fueran todo tipo de remedios, o sea me refiero que cualquier persona de la comuna, está bien que sea de la comuna porque cada comuna que tuviera su farmacia y que la persona de la comuna compraran ahí, pero sí que fuera para todos, no solamente para enfermos crónicos que tiene recetas permanentes, porque las recetas permanentes son para enfermos crónicos” (Entrevista N°9, p 42)

Finalmente una de sus sugerencias – y también esperanza – es que los precios bajos se mantengan, ya que para ellos esta modalidad ha sido un beneficio.

A esto se suma la preocupación por la falta de medicamentos es lo que hace que los usuarios a futuro tengan la expectativa de que no falten nunca. El abastecimiento debe ser permanente para todos los usuarios que necesiten, en el momento que los requieran, no tener que esperar meses por ellos.

Esto conlleva a que exista una mayor variedad de medicamentos con la idea de una farmacia mucho más grande:

“Que se abrieran más las farmacias, que se surtiera más, la encuentro muy pobre” (Entrevista N°6, p 80)

Los que también requieren los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón es la incorporación de insumos necesarios para los enfermos, sobre todo para las personas que están postrados y necesitan insumos médicos personales para mejorar su calidad de vida:

“Lo que tiene que mejorar ahora es traer insumos, por ser pañales, eso, porque aquí no traen, no han traído esas cosas: pañales y esas cosas que ocupan los enfermos... y otras cosas más”
(Entrevista N°1, p 82)

Además los usuarios significan el futuro de la farmacia popular como la apertura de otras en distintas comunas; incluso que se abran más farmacias municipales en regiones, para que lleguen a los más necesitados de todo el territorio nacional.

Por ende, los usuarios de manera enérgica dicen que este tipo de proyecto debe seguir, independiente del Gobierno de turno, es algo que no puede parar porque es algo favorable para la comuna.

De esta forma, significan también su crecimiento externo, pensando en su expansión nacional y el mejoramiento del mercado farmacéutico privado.

Al respecto, los entrevistados piensan en grande, con la idea de generar una gran farmacia popular que le haga la competencia a las farmacias de grandes cadenas:

“Por ejemplo, hagámosle la competencia a la cruz verde; son una cadena de farmacias, pero no importa” (Entrevista N°6, p 80)

Tal competencia se haría trayendo más medicamentos a la farmacia popular de manera paulatina, de la misma forma que lo hace un negocio común, así también se cubren todas las necesidades y se masifica la idea, derrotando de cierta manera al mercado farmacéutico privado y lucrativo.

Para considerar estas alternativas, los usuarios miran a otros países y esperan que el mercado farmacéutico chileno mejore desde el Estado, estableciendo un piso legal para que las grandes cadenas de farmacias ni ningún otro establecimiento lucren con los medicamentos, ni lucre con la vida de las personas enfermas:

“Si no te digo que en Perú no son más caros los remedios... Perú, Brasil todo es más barato, Argentina, mucho más baratos los remedios. Porque ellos tienen un piso” (Entrevista N°1, p 52)

Esta es una de las soluciones de los usuarios para cambiar de manera macroestructural el mercado farmacéutico. Este piso permite que las cadenas farmacéuticas no suban los precios a su antojo, impidiéndoles coludirse.

Otro aspecto importante que mencionan los entrevistados para generar un crecimiento externo de la farmacia popular, es el apoyo a los alcaldes que han iniciado este tipo de proyectos; teniendo una actitud de agradecimiento más que andar desprestigiando, siguiendo sus ideas, teniendo el apoyo de la comunidad y de la municipalidad misma.

Esta visión las tienen sobre todo los usuarios de la farmacia popular de Recoleta, están muy preocupados que esta iniciativa no se termine, por el contrario, que crezca.

“Bueno, las personas también apoyen, porque si andan haciendo comentarios... comentarios en contra del Jadue, eso lo desprestigia, pero siempre van a ver comentarios” (Entrevista N°4, p 70)

6.5.1 Farmacia popular como política pública estatal

Hay usuarios negativos y positivos con respecto a la idea de formar la política farmacéutica municipal en un proyecto estatal.

Hay usuarios con mucha expectativa respecto a esta idea, considerando que sería una posibilidad ideal, que se expandiera a toda la comunidad y no quede escondido en un municipio:

“(...) la de aquí a años a lo mejor puede ser ya del Estado y que sería lo ideal que todas las farmacias pasaran de esa forma, porque municipal se va a mantener ahí, ahí, ahí, en cambio si a lo mejor ya pasara al Estado ya podría ampliarse más la farmacia o más remedios” (Entrevista N°10, p 64)

Por eso piensan que de expandirse debería ser por intermedio de una ley, que garantizara su permanencia y su beneficio a todas las personas.

Sin embargo, hay otros usuarios que no confían en su proyección estatal, porque piensan que algo tan grande no funcionaria, ya que no hay nadie que con el compromiso suficiente para sacar esta idea delante de forma estatal.

Por otro lado, los mismos usuarios significan que la expansión de la farmacia dependerá del alcalde. Es decir, de las gestiones que hagan los alcaldes que tienen farmacias populares en sus municipios para unirse y proponer juntos un proyecto nacional.

Frente a la desconfianza de algunos usuarios ante a una expansión estatal de la farmacia popular, prefieren que se quede tal como está, ya que los municipios tienen mayor cercanía con sus pobladores, así pueden tener más control y gobernación de su territorio y de los medicamentos. De esta manera asegurando que la idea continuará y que este beneficio no les será arrancado o modificado por leyes nacionales.

Pero para que la idea se mantenga de manera local, la farmacia popular tiene que mejorar su funcionamiento:

“No, tiene que ser municipal, no tiene que ser nacional (...) Pero tienen que... cada municipio tienen que arreglarlo, que sea mejor po” (Entrevista N°1, p 87)

Por otro lado, la desconfianza de una idea nacional los lleva a pensar que sería mucho más pesado en términos económicos para los organismos estatales, teniendo una consecuencia de retroceso y trabas en el funcionamiento de la farmacia popular.

“Entonces tiene que ser así no más po’, por parte del municipio, porque sale pesao’...”
(Entrevista N°1, p 47)

Además que los usuarios consideran la influencia de los Gobiernos, y tienden a no confiar en ellos.

Por otro lado, no hay esperanza de parte de los usuarios a que esta idea farmacéutica municipal se transforme en algo estatal, porque ya no lo hicieron antes, sabiendo desde siempre el mecanismo del mercado farmacéutico privado y los problemas que causa en la población.

Los usuarios consideran que no se hará estatal porque los dueños de grandes cadenas son principalmente empresarios, entonces generar esta iniciativa les haría perder sus intereses.

Piensan además que es un proceso complejo y engorroso que a la larga no funcionaría, y que más bien se echaría a perder todo lo logrado hasta ahora desde los gobiernos locales:

“Yo creo que... que mientras sea comunal y se meta el gobierno de por medio, ya se chacreó la cosa, se echa a perder” (entrevista N°2, p 33)

De esta forma la farmacia popular tendría la posibilidad de ser más grande, de lograr un mayor alcance, pero siempre y cuando bajo el mismo mecanismo actual que tienen estas iniciativas farmacéuticas:

“Me gustaría que fuera más grande pero que fuera con los mismos lemas que tiene ahora la farmacia popular. Que fuera más grande claro, me encantaría porque claro, a lo mejor ahí vamos a encontrar todos los remedios que vamos a necesitar, pero siempre que fuera así como la farmacia popular, pero en grande” (Entrevista N°7, p 68)

Pero en el caso de no ser posible esta idea, que se quede la farmacia como está, la idea principal es no perder el beneficio que entrega la farmacia popular.

También, según los entrevistados, desconocen si se podrán hacer otros proyectos de orden popular. Si bien en algunos municipios hay farmacia popular y óptica popular (como el caso de la comuna de Recoleta), eso es algo que está en incertidumbre. Tampoco saben si los alcaldes tendrán la iniciativa de hacer otro tipo de proyecto.

Sólo recalcan la idea que no sólo el tema de medicamentos es importante mejorar, sino que todos los aspectos de la economía nacional:

“Entonces no sé, ahí yo creo que...pero en comparación a cómo funciona la farmacia popular, yo creo que con ese mismo sistema debiera de funcionar un supermercado” (Entrevista N°8, p 42)

Algunos usuarios entrevistados tienen una visión negativa, es decir, no creen que la idea de proyectos populares salga de la idea farmacéutica:

“No, no creo. Como así hace un almacén grande, una cosa así...no creo” (Entrevista N°9, p 40)

Porque al implementar otros proyectos enfocados a otros mercados, se iría mucha gente encima, porque no sólo estaría tocando a un gremio de empresarios; además que se perjudicarían los pobladores que tienen su propio emprendimiento (por ejemplo en el caso de hacer un supermercado popular):

“(...) los mismos negocios de barrio... también se perjudicarían, claro, porque los bolichitos otra vez están surgiendo” (Entrevista N°4, p 72)

Mientras que hay otros entrevistados que piensan que es posible obtener otros proyectos populares, pero siempre y cuando sean con el mismo sistema de la farmacia popular

“No yo esto como le digo, muy contenta con la farmacia y esto tiene que seguir y ojala implementen los supermercados, pero como le digo así con el mismo sistema que está la farmacia popular” (Entrevista N°8, p 55)

Cabe destacar que estos proyectos populares lo atribuyen a la figura de los alcaldes; entonces desarrollar otros proyectos populares sería muy beneficio para la sociedad en general, tanto que los usuarios estarían muy agradecidos de las entidades públicas.

B. Análisis axial de los datos

De los resultados obtenidos del análisis abierto de los datos, es posible realizar un análisis axial, relacionando las categorías mediante modelos explicativos que se mueven en tres conceptos directrices que cruzan toda la investigación:

- 1) Desprotección del sistema socioeconómico y de salud.
- 2) Discriminación del sistema de salud y el mercado farmacéutico.
- 3) Empatía social como consecuencia del mecanismo del mercado farmacéutico, y la implementación de la farmacia popular.

6.6 Modelo explicativo I: Sistema socioeconómico con una transversalidad a la salud a través del mercado farmacéutico

Los usuarios entrevistados organizan el fenómeno de los altos precios de medicamentos desde distintas esferas de la realidad social. El mercado farmacéutico es una consecuencia de un sistema mayor y un cúmulo de discriminaciones y desprotecciones que viven a nivel general (ver ilustración N°3). Es decir, independiente de su posición en la realidad social, siempre significan el fenómeno de manera negativa, crítica y dolorosa para ellos.

De esta manera relacionan sistema socioeconómico y sistema de salud, dando como resultado el lucro (Parsons, 1951) de un servicio que se parcela en el área pública y privada; con sus respectivos mecanismos de acción, y con ello sus deficiencias.

Así se puede ver que los usuarios determinan que existen dos tipos de salud, que no se condicen ni se apoyan, más bien están siempre en una dinámica de competitividad – característica propia del sistema neoliberal – (Benavides, Castro, & Jones, 2013) de cuál es mejor o entregar los últimos avances tecnológicos. Pero algo queda fuera del plano general de la salud: el sujeto (Gómez, 2004).

Se pierde el foco de los organismos encargados de velar por el bienestar de los sujetos, y en cambio se les traspasa la responsabilidad a los sujetos; el sistema se desentiende de sus responsabilidades biopolíticas, teniendo el argumento de haber entregado atención de salud; pero también el usuario o paciente tiene libre albedrío (Benavides, Castro, & Jones, 2013) para consultar otra opinión y tiene la responsabilidad de decidir si seguir o no su tratamiento – en el caso de enfermedades agudas y crónicas –. Pero lo que no está considerado, o según los usuarios, lo que quieren pasar por alto los organismos regulares, es que muchas veces la decisión de continuar con un tratamiento médico o farmacológico no depende de la voluntad del paciente, sino que depende de sus alcances socioeconómicos y las oportunidades que le da el mismo sistema para sanarse.

Muchos de los usuarios entrevistados, no tenían necesidad de salud, pero una vez que vienen los malos tiempos y se agudizan las enfermedades, conocen las desigualdades del sistema, estando desprotegidos: donde ni el Gobierno, ni el Estado, ni mucho menos el mercado se hace cargo de subsanar sus necesidades; los usuarios más bien sienten una retroalimentación de irresponsabilidad y poco interés de las autoridades en hacer algo por ellos. Es decir, cada sujeto en la esfera social tiene el deber de preocuparse de sus propios intereses, sin fijarse en el otro (Kottow, 2012); es un momento egoísta, que se justifica por las leyes de libre mercado y la libertad del sujeto de hacer con su vida lo que desee.

Esta discordancia entre sistema público y privado de salud, obliga a los sujetos a buscar de manera desesperada y angustiada un apoyo para no morir y tener una mejor calidad de vida.

Los usuarios entrevistados tienen la idea que estar enfermo, es sinónimo de dinero, de lucro y de negocio. Es más, consideran que para los grandes empresarios es bueno tener a gran porcentaje de la población enferma, porque de esta manera, aumentan sus utilidades a costa del sufrimiento de la población más desprotegida; ese tipo de población que no tiene más alternativa que acatar lo que le dice la autoridad institucionalizada del médico (Parsons, 1951) y el mercado.

Considerar estar enfermo como dinero, hace que los usuarios se sientan aún más segregados en el sistema de salud y en el mercado farmacéutico (Rojo Pérez & García González, 2000). En este último, son los mismos usuarios quienes hacen la diferencia entre ricos y pobres, es decir, la sociedad está pensada de una manera desigual, traspasando incluso a algo básico – pero indispensable – como es vivir. Los usuarios entrevistados se consideran del estrato pobre, de clase media y clase media baja, generando una crítica con desconsuelo al estrato rico, considerando con esto, que el sistema social y las reglas del mercado están pensadas para favorecer al más rico y perjudicar al más pobre, porque son los últimos los que no tienen el dinero para comprar sus medicamentos, y paradójicamente, es el mayor porcentaje de la población.

El pensarse siempre como una población pobre, trae consecuencias negativas de discriminación, prejuicios, desamparo y aislamiento: pero por otro lado, estas características hacen que las personas que se consideran como pobres tengan una esencia de orgullo de acuerdo a las maneras que tienen para afrontar las adversidades de la vida con pocos o nulos recursos económicos y sociales. O sea, se piensan como una población pobre, pero luchadora contra el sistema.

Es importante destacar que la discriminación y prejuicios del sistema, provoca la necesidad en los usuarios de justificar sus enfermedades y su edad, esto bajo la lógica de que otros reafirmen su condición de pobres y enfermos, importándoles la opinión y la visión que tienen los otros de ellos. Los usuarios no suelen darse cuenta de la actitud que toman, con un discurso que refleja su realidad, para esto se valen de boletas, cajas de remedios, demostrando que están mal de salud y que realmente el mercado farmacéutico es algo que les afecta.

Es por eso que los usuarios caracterizan al mercado farmacéutico de manera negativa, para ellos es un mercado sin sentimientos, sin empatía, y con un poder legitimado por la estructura social, esto los hace dueños de un dominio farmacéutico (Vassallo, 2010); es así que tienen la libertad de limitar ciertos medicamentos, haciéndolos exclusivos y lejanos para algunas personas: acciones indispensables para generar un mercado corrupto y desigual (Mayrhofer & Cuevas, citado en Lemm, 2010). Por otro lado, el sistema farmacéutico en los usuarios también causa sensaciones negativas, enfocadas a la rabia, engaño, desesperación y dolor.

Estas características del mercado farmacéutico y cómo lo significan los usuarios en su vida cotidiana, es el detonante para generar la empatía de los usuarios con sus semejantes. Los usuarios tienen una fuerte sensibilidad de ponerse en el lugar del otro, en el lugar del enfermo de escasos recursos. Esto no sería posible si las condiciones del mercado farmacéutico fueran igualitarias y no lucrativas.

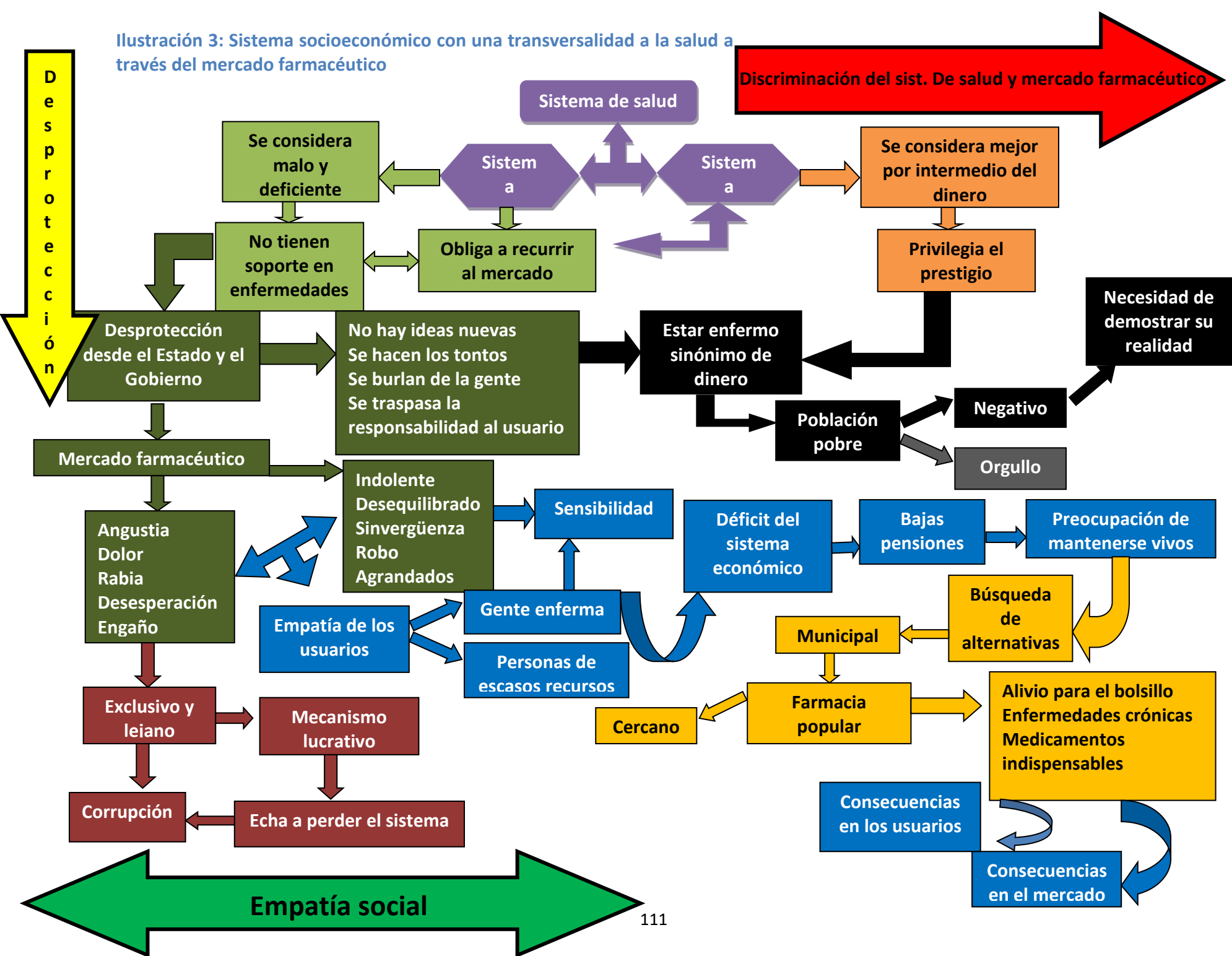
Pero esas condiciones del mercado farmacéutico se sustentan en el déficit producido por el sistema socioeconómico. Una de las únicas entradas que tienen los usuarios entrevistados son las bajas pensiones de vejez o solidarias, significadas de forma negativa, provocando en los usuarios un sentimiento de sentirse aún más desprotegidos, engañados, acongojados y, en vez de aliviarles la vida, se transforma en un problema de distribución para que alcance para todo el mes. Sin embargo, no tienen otra alternativa más que acomodarse a esas bajas pensiones, porque sus condiciones de salud no les permite trabajar – además de la discriminación etaria que hace el sistema laboral – cuidando sus pensiones, transformándose en administradores especializados y dando prioridad a ciertas necesidades de su día a día.

Estas características provocan que los usuarios se sientan obligados a buscar alternativas que se ajusten a sus bajos ingresos mensuales, buscando alternativas privadas, apoyo familiar, mirando al extranjero, incluso llegando a una condición de sobreendeudamiento con la tarjeta de crédito; pero también buscan apoyo subsidiario, porque muchos de los usuarios no cuentan con otra opción más que pedir auxilio en las entidades públicas. Fue así que llegaron a sus municipalidades y a la farmacia popular.

La farmacia popular permitió cubrir lo que el mercado farmacéutico negaba, generando en los usuarios un alivio y un apoyo para sanarse. Los usuarios más entusiastas con esta iniciativa, consideran que la farmacia popular tiene la intención de cubrir todas las necesidades de sus usuarios, pero muchas veces sus esfuerzos no son suficientes, generando un grado de desilusión.

Por otro lado, la farmacia popular causó consecuencias externas e internas en las relaciones interpersonales de los usuarios. Trajo consigo el actuar inmediato del mercado farmacéutico privado, con la lógica de competitividad de las farmacias de grandes cadenas. En cambio, en los usuarios trajo consecuencias educativas, agradecimiento constante significado por algunos usuarios como un favor de la farmacia popular, e incluso como una labor memorable; y por último trajo la visualización del otro, en cuanto a su valorización social, y su valorización monetaria en las altas cantidades que gastan mensualmente. Es decir, la farmacia popular logró a través de la empatía significar al otro y a ellos mismos.

Ilustración 3: Sistema socioeconómico con una transversalidad a la salud a través del mercado farmacéutico



6.7 Modelo explicativo II: Las costumbres neoliberales y el re-encuentro con el Otro

La farmacia popular rechaza tajantemente el objetivo abusivo y lucrativo del mercado farmacéutico, pero no así sus mecanismos burocráticos de compra y venta (ver ilustración N°4).

De esta forma la farmacia popular se enmarca en una tarea constante de rebatir las desigualdades del mercado. Se considera como una labor difícil pues, el posicionamiento del mercado farmacéutico privado es incuestionable (Vassallo, 2010).

Por otro lado, la posición en el mercado de la farmacia popular tiene argumentos negativos y positivos por parte de los usuarios. Hay usuarios más entusiastas que no ven el mecanismo lucrativo de negocio del mercado en la farmacia popular, más bien lo ven al margen del mercado, marcando la diferencia con normas propias, prácticamente como un contrato sociopolítico. Ser algo novedoso y fuera de las normas mercantiles, causa en los usuarios una ayuda y apoyo indispensables en su vida, permitiendo el re-encuentro con la realidad del otro, generando la escucha, la visualización del otro, viéndolo como aliado, como un compañero que está sufriendo lo mismo; además para los usuarios es muy importante la atención en la farmacia popular, haciendo inconscientemente una comparación con la atención de las farmacias de grandes cadenas: para ellos el compromiso y profesionalismo es algo primordial, porque les da seguridad en cuanto a nivel farmacológico y a nivel de amparo social y personal, es decir, para los usuarios es importante la cercanía, el cariño, la empatía de los funcionarios con ellos, además del compromiso que destacan algunos usuarios en los funcionarios de la farmacia popular, los hace generar una esperanza que estaba dormida, una esperanza de no sentirse engañados, de que esta política farmacéutica es algo posible, algo tangible y no queda sólo en supuestos e ilusiones. Así también, se sienten libres de la obligación de comprar en el mercado, y de actuar sin presión, ya que consideran que la farmacia popular está al margen de lo político. Sin embargo, lo contradictorio de estos argumentos políticos, fue que durante el periodo de elecciones municipales de 2016, estos mismos usuarios sintieron angustia al abandono al pensar que la figura municipal que sacó adelante el proyecto de farmacia popular no continuara administrando la comuna, ya que muchos usuarios consideran que fue importante la figura del alcalde en la formación de la política farmacéutica municipal, indicando que la inquietud surgió de ellos. Por ende, un eventual cambio de alcalde, provocó un efecto de preocupación en los usuarios, estando siempre presente el sentimiento de abandono, que nadie se preocupa de ellos y son prácticamente una molestia para la sociedad. Por ese recurrente miedo, los usuarios obvian los problemas políticos, o dicho de otra forma: no se involucran en política, mientras el alcalde cumpla con generar servicios óptimos para la comunidad, ellos están agradecidos. Independiente de todo lo negativo políticamente, ellos prefieren destacar el lado positivo de las cosas, viendo incluso con orgullo y apego a sus alcaldes. Es tanto el apoyo en algunos usuarios, que no se cuestionan temas de la farmacia popular, argumentando que les están brindando un beneficio.

Se considera entonces, que quien no obtenga los beneficios y apoyo de la farmacia popular, es porque tiene falta de interés en ser parte de esta política o carece de información. Esto deja marcado que los usuarios destacan que la farmacia popular ha hecho los esfuerzos para llegar a toda la comunidad.

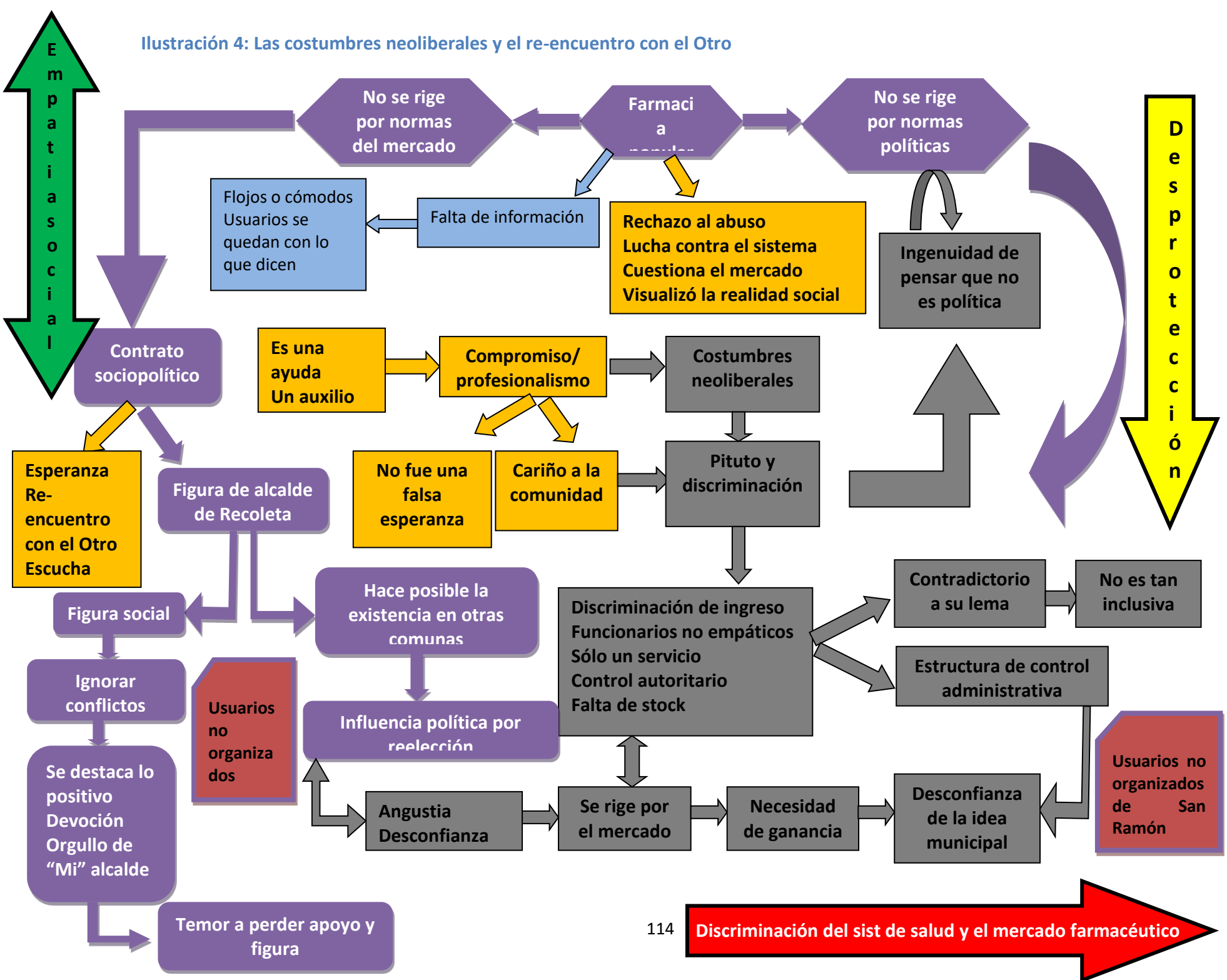
En el plano negativo, en los usuarios está presente la idea de mercado, la idea de sacar algún provecho con las cosas, se ve a la ganancia como una necesidad y resultado normal de todo proceso

que se construya en el sistema neoliberal (López Hernández, 2009); es por eso que significan el mecanismo de venta de la farmacia como un descuento, relevante en los precios, pero no relevante en algo nuevo, es algo que cualquier farmacia que quiera, podría hacer. Pero, justamente este proyecto nace desde un municipio, lo que hace dudar a algunos usuarios de las intenciones sociales de este; nuevamente aquí están presentes los postulados neoliberales (Costa & Rodríguez en: Lemm, 2010). , con la desconfianza de querer ayudar al otro desinteresadamente.

Sin embargo, la esfera social está envuelta en postulados políticos, donde los sistemas se conectan con un fino hilo (Foucault, 2000) invisible para algunos y muy claro para otros, considerando ingenuo pensar que la política está fuera de la farmacia popular. Para eso tienen argumentos como: que este fenómeno está dirigida por la figura de un alcalde, visto de forma negativa, como una manera de las autoridades municipales de enorgullecerse por ideas que no surgen sólo de ellos, y además que puedan generar actitudes poco transparentes. Por eso que el peak de farmacias populares provocó la desconfianza en algunos usuarios, ya que fue en época de elecciones municipales, donde alcaldes fueron a por la reelección. La desconfianza provocó en algunos usuarios el pensamiento de populismo, bajo el argumento de: lo popular (la farmacia) hace popular a los alcaldes.

Esto quiere decir, que existen costumbres neoliberales en la sociedad, considerando en primer lugar, ingenuo no pensar que este tipo de políticas tiene connotaciones políticas, ya que consideran que como todo proceso que se inicia en una estructura regida por el mercado, tiene ideas básicas: como la discriminación. Esto hace pensar, sobre todo en usuarios no organizados, que existe una estructura de control administrativa, lo que sería contradictorio a los objetivos que busca la farmacia popular. Por otra parte, los usuarios como todo servicio, exigen, y lo que exigen es una concordancia del lema inclusivo de la farmacia popular, es decir, nuevamente se sienten discriminados, generando una separación en la población de los que pueden ingresar a la farmacia popular versus los que no tienen las condiciones médicas crónicas para ser parte de ella, confundiendo incluso la idea de cariño o empatía con el “*pituto*”. En consecuencia, la farmacia popular ampara a un tipo de población, pero se olvida de la otra parte, replicando una característica del mercado neoliberal. Este tipo de usuarios no siente la empatía ni en la farmacia popular ni en los funcionarios, frente a esa vivencia consideran que es un servicio más dentro del sistema económico, donde los funcionarios adquieren un rol de mando bajo una estructura de control administrativa, etiquetada como social.

Ilustración 4: Las costumbres neoliberales y el re-encuentro con el Otro



6.8 Modelo explicativo III: Fractura del mercado farmacéutico como un equilibrio biológico y emocional

Son los usuarios los más afectados con las modificaciones sociopolíticas que emergen en las políticas públicas y mecanismos privados. Son ellos los que reciben los servicios y tienen que acatar las normas. Es por eso que la presencia del sistema de salud en la vida de las personas es considerada como una estructura deficiente (Cadem, 2015), que no cubre sus necesidades. Los usuarios se sienten parte de un juego, donde ellos son los perdedores por no tener las herramientas para revelarse ante este tipo de estructura.

Sobre todo la estructura pública de salud, se sobreentiende como algo malo (Cadem, 2015), es decir, las personas no tienen una expectativa positiva, porque la costumbre es: esperar que sean mal atendidos, que sean deficientes y lo mismo ocurre en la posición de los funcionarios, según la experiencia de los usuarios, saben que tienen una forma menos comprometida de realizar sus labores en la estructura pública y, por eso no hay una motivación a mejorar la salud pública.

Por lo tanto los usuarios sienten una carencia en el sistema de salud, tienen la sensación de que existen muchas carencias, para hacer posible una mejor salud para ellos. Por otro lado sienten que a pesar de ser un sistema público, no es una estructura inclusiva, por lo tanto no genera una ayuda cuando las personas realmente lo necesitan. Por lo mismo el ingreso a esta salud es engorrosa, teniendo que pasar por una serie de burocracia para obtener un cupo de atención, y muchas veces la atención demorosa provoca que la salud de los pacientes empeore a tal punto que ya sea demasiado tarde para una atención médica y un tratamiento oportuno. Con sus experiencias no solamente sienten una discriminación en el sistema mismo, sino también en la entrega de medicamentos en los consultorios y hospitales; muchas veces no están los medicamentos que se requieren, por lo que hay una fuerte crítica al stock que existen en los organismos públicos de salud, y también la crítica a un stock básico de medicamentos, es decir, entregan los remedios que son de menor costo, que puede no hacerle el efecto deseado a los pacientes, y dejan los medicamentos más costosos a responsabilidad de los usuarios. Consideran que esto es una fuerte discriminación por ser pobres y pertenecer a la tercera edad, teniendo que conformarse con lo que hay, porque sienten que el sistema los ve como una molestia para la sociedad más que como un aporte.

Pero también otra razón que ven los usuarios para la demora y engorrosa atención en el sistema de salud público, es la presencia del “pituto”. Se sabe que la salud pública tiene el mecanismo de entregar algunos servicios de manera gratuita (Minsal, 2016). Por una parte, los entrevistados consideran que puede ser un beneficio este tipo de discriminación, ya que como son mayormente usuarios de la tercera, se sienten beneficiados en la entrega de medicamentos gratuitos. Por otro lado, se visualiza otro tipo de beneficio, considerado como un privilegio en algunos pacientes (ya sea amigos de funcionarios, parientes de funcionarios) dejando de lado a personas que también necesitan la atención con urgencia; es el mismo sistema, su burocracia y el “pituto” existente que obligan a los usuarios a recurrir al sistema privado, para poder salvar sus vidas, siendo un gasto extra al ingreso, al que no muchos pueden acceder.

Por estas razones de discriminación y desinterés por parte del sistema público en todas sus esferas (Gómez, 2004), los usuarios se sienten en posición de generar sugerencias para una mejora, porque

es algo que les afecta directamente, y si ellos no piensan en una solución para ellos, nadie más lo hará, porque se sienten solos luchando en mejorar su salud (Salazar , 1998).

Es decir, la estructura de salud pública, junto con el mecanismo de medicamentos y la estructura socioeconómica, no hace más que enfermar aún más a las personas ya que no les entrega el medicamento que necesitan, generando la preocupación y desesperación de no tener los recursos para sanarse.

La falta de empatía y las deficiencias vistas, provoca la urgencia en el cambio de mecanismo de compra de los medicamentos, teniendo como consecuencia no sólo una mejora económica, sino también la educación del sistema, mostrando a los usuarios otras perspectivas y puedan ver el mundo desde otro lugar, desde el lugar del derecho y que es posible salir del círculo vicioso del engaño y la desprotección.

Hay una fractura económica y social en el mercado farmacéutico, se rompe la pasividad de los sujetos (Kottow, 1991), generando sentimientos de alivio, despreocupación, satisfacción con la nueva estructura y sobre todo, encuentran algo que hace muchos años no experimentaban, un equilibrio emocional, mejorando no sólo su vida en salud biológica, sino que también en salud mental, logrando un equilibrio que antes era posible lograr. Encuentran la satisfacción de ahorrar y tranquilidad de poder sanarse.

Aunque los usuarios no se den cuenta, se conforman con poco, porque la mejora en el mercado farmacéutico con la farmacia popular es solamente el comienzo de un proceso de cambios, pero ellos bajo su humildad y años de abandono, consideran que con esto es suficiente y están completamente agradecidos porque al fin los tomaron en cuenta como personas enfermas y de la tercera edad. La farmacia popular permitió hacerlos visibles y con eso ya se dan por pagados.

El cambio producido los hace empatizar aún más con ellos mismos y con el otro, dejando de lado los prejuicios de ingreso que promulgaba el mercado neoliberal (Salazar, 1994), es decir, ya no discriminan al otro por su ingreso, sino que lo consideran por el sólo hecho de estar enfermo, y como empatizan primero con ellos mismos, saben que cubrir un tratamiento farmacológico puede ser muy costoso, y configuran así el comportamiento del otro con el otro. Los usuarios son muy empáticos, tanto que muchas veces se olvidan de ellos mismos; siempre piensan en grande, en la necesidad del otro, y por lo mismo en sus mentes está la idea de que los medicamentos no falten para nadie, porque así como ellos sienten su dolor propio, también sienten el dolor del otro, y saben que vivir con los dolores físicos de una enfermedad por la falta de recursos económicos, va deteriorando y desesperando al punto de ya no querer vivir.

Pero también empatizan con algunos niveles de la salud pública, especialmente con los que generan más cercanía (los consultorios y cesfam) bajo la esperanza de mejoras, aunque el sistema es más complejo de resolver.

También la empatía de los usuarios, se traspasa a la misma farmacia popular, como una suerte de reciprocidad. Esto porque los usuarios adquieren una educación del sistema de salud y el mercado farmacéutico, rompiendo su naturalización lucrativa; además, se sienten queridos, un cariño que por años les fue esquivo; se acostumbran también a un servicio de calidad, con calor de hogar, con

cumplimiento en fechas de entrega, con compromiso. Por eso, cuando algunos de esos componentes falla, por mínimo que sea, los usuarios se sienten engañados, a la defensiva, culpando a la primera persona que ven (especialmente los funcionarios) descargando en ellos su rabia, desilusión y desesperación. Porque es de considerar que el mercado farmacéutico y la farmacia popular, se sustentan en la desesperación de las personas.

Por lo mismo, a pesar de sus enojos del momento, significan a la farmacia popular como una ayuda, por lo que es necesario cuidarla, o sea, están siempre con temor de que les pueda ser arrancado, ya que tienen la experiencia histórica de que al pueblo se le quita todo lo que le beneficia (Gómez, 2004). Es por eso que para ellos es importante crear una red de interacciones y experiencias cotidianas a través de la acción y el lenguaje, como un seguro social que no permitirá que esta política les sea arrancada.

Por ende, su principal pensamiento es cuidar como sea la farmacia popular para prolongar su continuidad en el tiempo, a tal punto de entender el cobro de los medicamentos en una política subsidiaria. No está en ellos la idea que deberían ser gratis los remedios, sino que está la idea de no perderlo todo. Es por eso que prefieren pagar un poco, porque: tiene temor de la crítica política y económica que los acuse de una regalía y beneficio; y por otro lado, pagando un porcentaje aunque sea bajo, sienten el derecho de reclamo y de petición ante un servicio, es decir, el argumento económico les garantiza un buen servicio, donde ellos pueden exigir.

Esto último revela que las condiciones neoliberales han trascendido a la fibra más humana de las personas, pero siempre mediadas por el miedo a perderlo todo. Por ende, la identidad de las personas está dañada por una estructura lucrativa; estructura en la cual se acostumbra a esperar, a estar en segundo lugar, y en un sentimiento de incertidumbre (por eso algunos usuarios comprar más medicamentos cuando tienen un poco más de dinero por un tema de prevención) porque este sistema no les asegura nada y no saben lo que puede pasar mañana.

6.9 Modelo explicativo IV: Retorno a una biopolítica subsidiaria de derecho legal y antropocéntrico

La farmacia popular nace como una política subsidiaria, pero esta tiene distintas connotaciones dependiendo de la posición de los sujetos en la esfera social.

Para algunos usuarios la farmacia popular es una especie de acto benéfico, que no sale más allá de una ayuda a la comunidad. Pero, a pesar de su emanación desde un municipio, en este caso la idea de beneficencia no es sinónimo de gratuidad. Porque la farmacia popular no es una política re-estructuradora de lo privado, ya que no se entregan los remedios si no es con un incentivo monetario de por medio; en este sentido, es un beneficio de descuento ganado por los años de robo que sufrieron las personas en el mercado farmacéutico neoliberal, es considerado como algo que el pueblo merecía; y por lo tanto funciona como cualquier farmacia pero sin la idea lucrativa. Nuevamente, están presentes las ideas neoliberales en la estructura benéfica de la farmacia popular (Costa & Rodríguez en: Lemm, 2010), es inconsciente que los usuarios se sientan como una clientela, es decir, la farmacia popular no ha logrado derribar del todo esos pensamientos y esa idea de que lo pagado es de mejor calidad.

Por lo mismo, algunos usuarios consideran como benéfica esta iniciativa porque el derecho no sólo se debe remitir a una parte del sistema, sino que debe ser desde la génesis de éste mismo. En otras palabras, el derecho se piensa como algo estructural, no sólo en remedios más baratos. El punto de inicio del derecho está principalmente en al área pública del sistema de salud, es necesaria una re-estructuración para una satisfacción general. Aunque es necesario destacar, que la farmacia popular pone en boga el sistema completo, y genera un fenómeno no visto antes en los usuarios: la educación que reciben con la farmacia popular, les permite tener una mirada crítica del sistema y tomar un rol protagónico, enfocando la mirada hacia otros países, instruyéndose de los sistemas de salud, las deficiencias que tienen Chile y el abuso que cae sobre ellos. Por ende, la farmacia popular ha logrado despertar al pueblo.

Con ello también despertar al Estado, es decir, la farmacia popular ha generado la presión social para que el mismo pueblo exija la biopolítica como uno de los puntos centrales de los programas de Gobierno (Lemm, 2010), retornando al sujeto como eje central, haciendo siempre hincapié a un proceso histórico y por cierto doloroso para algunos usuarios. Esto es posible mediante la adquisición de derechos sociales emanados desde el municipio, dejando con ello de privatizar el mundo cotidiano.

Por ende, esto permite que se desplace de cierta manera lo privado y se dé pie a lo estatal, dejando de manejar de manera privada la vida cotidiana de las personas, logrando que estos temas salgan a la luz y sean de dominio público.

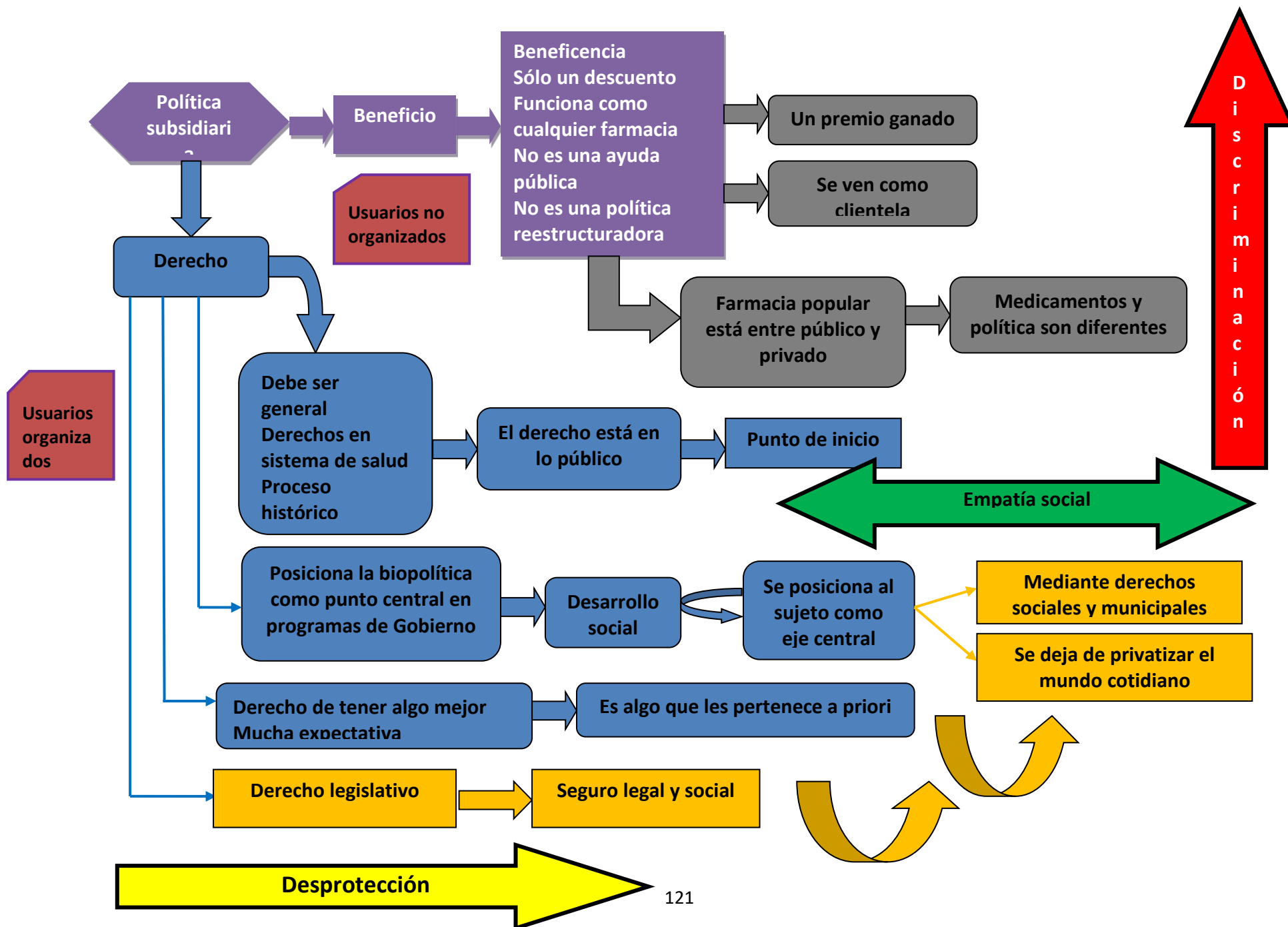
Si bien alguno de los usuarios consideran que el tema de medicamentos y la política son dos aspectos diferentes, es cierto que la farmacia popular se posiciona en medio de la esfera pública y privada.

Como se expresó anteriormente, los usuarios menoscabos sienten dolor del actuar del sistema neoliberal, por lo tanto para algunos usuarios más entusiastas y más afectados con los cambios

biopolíticos que ha experimentado Chile en el último siglo, permite que el retorno del derecho les de las esperanzas y sobre todo las expectativas de un pasar mejor, algo que desde siempre les ha pertenecido, pero que les fue arrancado de cuajo; la oportunidad de obtener algo mejor a lo que el mercado lucrativo les ofrece. Sin embargo, si esas expectativas no se cumplen como es debido, genera en los usuarios un sentimiento de desilusión, engaño, de abandono y de repetición de las falsas promesas neoliberales, es por eso que intervenir en las expectativas de los usuarios es un tema muy delicado y es deber de la biopolítica estatal y municipal en este caso, que esas expectativas sean cumplidas, porque al fin y al cabo quien mantiene este sistema desigual es el pueblo mismo, sin ellos nada de esto sería posible.

A partir de esto, los usuarios visualizan en la farmacia popular un derecho legislativo con una calidad legal de la farmacia popular, porque esto los hace sentir una mayor seguridad. Es decir, tener un seguro legal y social, promulga la idea de un derecho legítimo (López Hernández, 2009), algo que no será tan fácil arrancarles (porque los usuarios a partir de sus experiencias históricas de vida, donde lo popular es considerado como malo y un enemigo al sistema neoliberal privado, tienen mucho temor que esto sólo sea algo pasajero, y lo legal les garantiza una cierta continuidad), sobre todo en estos tiempos donde lo público y lo social está revolucionando el sistema con el fin de obtener mejoras óptimas y sin discriminación socioeconómica.

Ilustración 6: Retorno a una bipolítica subsidiaria de derecho legal y antropocéntrico



6.10 Modelo explicativo V: Incorporación de precios populares como competitividad al mercado farmacéutico privado y control para la desigualdad social

La inestabilidad del sistema socioeconómica en la vida los usuarios, los lleva a ponerse en todos los escenarios posibles. El neoliberalismo los obligó a estar siempre preparados ante cualquier eventualidad que los afecte.

Es por eso, que los usuarios siempre piensan primero en sus intereses, por ende, el escenario ideal es la mantención de los precios populares, independiente de la continuidad física de la farmacia popular, los conflictos con el mercado privado, o si esta es una política de moda; porque es una realidad, existe gente enferma, y por lo tanto, aunque los mismos usuarios tengan presente la idea de negocio en sus inconscientes, los precios populares (es decir para la gente de escasos recursos) de medicamentos son una necesidad. Frente a este posicionamiento neoliberal y privado, de manera inmediata se posicionan en el escenario la incrementación de precios. Esto es una conducta aprehendida de estar alertas y preparados para lo peor, siempre pensando en negativo (jamás piensan en lo mejor). Estas conductas vienen de la mano de incertidumbres políticas y el miedo a pensar en alternativas positivas, quedarse con las expectativas y con cero esperanzas. Es decir, hay una desconfianza y decepción de los programas estatales (Salazar, 1994), en este sentido consideran que son políticas momentáneas o que no funcionan porque no consideran las necesidades de las personas, más bien generan políticas sin considerar las características empíricas del pueblo. Es por eso que prefieren que la farmacia popular sea una iniciativa municipal, ya que esto genera más control; y mientras más control las personas se sienten más seguras, porque no queda nada afuera, todo encaja de manera perfecta y sin desorden, porque el caos estructural genera en caos en la cotidianidad de las personas.

Es decir, en la idea de pensar todo como parte de un negocio, está presente la desconfianza e incertidumbre política, tienen miedo que la farmacia popular desaparezca. Y como consecuencia de ese miedo, prefieren que se siga manteniendo la idea local.

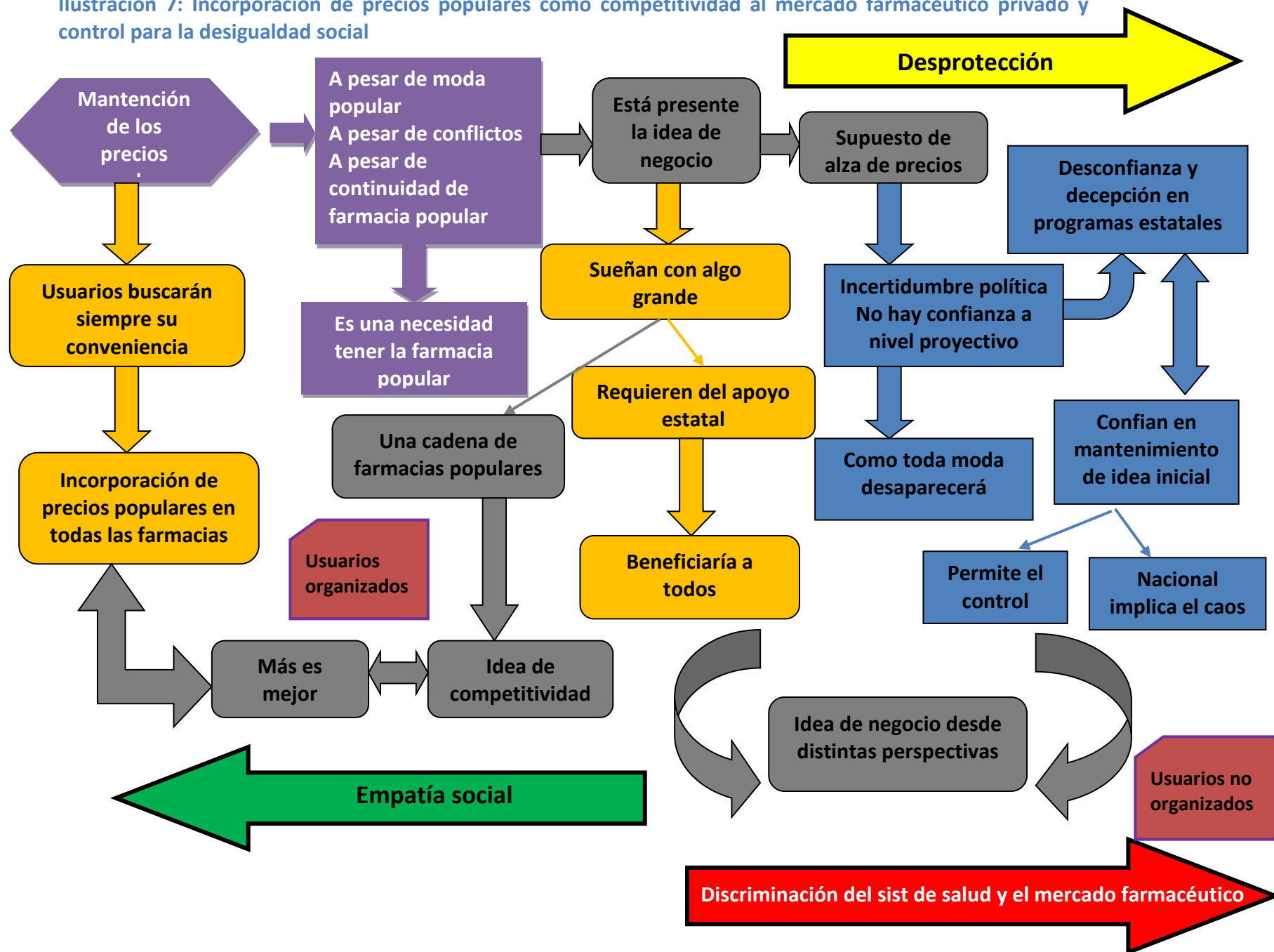
Sin embargo, hay usuarios que piensan sin temor en la proyección de la farmacia popular, pero siempre es una proyección bajo parámetros neoliberales. Surge en ellos la idea de convertirse en una competitividad de las farmacias de las grandes cadenas, considerando que “más es mejor”, dejando de lado la calidad: piensan en una cadena de farmacias populares. Esto lo piensan porque tienen la experiencia de que mayor número de sucursales provoca mayor seguridad, mayor cercanía y mayor alternativas a la falta de stock de los medicamentos.

Las personas tienen a soñar poco, pero al momento que lo hacen, es en grande, siempre bajo la empatía de un beneficio para todos, que nadie quede fuera, porque esta es la única forma de demostrar que pueden existir políticas igualitarias.

Independiente de la diferencia de usuarios en acuerdo y desacuerdo con una expansión estatal de la farmacia popular, el punto de encuentro es que siguen pensando en la idea de negocio, pero desde distintas perspectivas, considerando que la incorporación de precios populares en todas las farmacias terminará con la desigualdad, la sinvergüenzura y el lucro de los medicamentos. Para esto consideran necesario obtener el apoyo estatal, porque de esta manera aseguran que las oportunidades que entrega esta política pública, llegará a toda la sociedad.

Por lo tanto, el neoliberalismo ha logrado expandirse por el tejido social (Vatter, en Lemm, 2010), dejado en los usuarios prácticas de shock, prácticas radicales y prácticas de cambios estructurales profundos, quedando en su cotidianeidad que esa es la única forma de triunfar y de cambiar las cosas, actúan de la misma forma que les enseñó el neoliberalismo y su mundo privado.

Ilustración 7: Incorporación de precios populares como competitividad al mercado farmacéutico privado y control para la desigualdad social



7. Conclusiones finales

La investigación realizada sobre los altos precios de medicamentos en el mercado farmacéutico, arroja las siguientes conclusiones que transportan los resultados en una línea transversal a nivel interno y externo de la vida cotidiana de los sujetos y de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, estandarizando los relatos de sus usuarios al fenómeno público municipal farmacéutico en todas las comunas del país.

Hay un inminente sentimiento de desamparo en los usuarios entrevistados. Este desamparo se traspasa a todas las esferas sociales, pero en lo que corresponde al tema de medicamentos, sienten desamparo en las políticas públicas y con ello un abuso del mercado.

Si bien, la farmacia popular logró visibilizar ese desamparo, aún existe una naturalización de las prácticas mercantiles, siendo visto como algo normal, es decir, la compra de medicamentos es incuestionable incluso después de la creación de las farmacias populares. Esto se produce porque el modelo está instalado y asumido en la cotidianeidad de las personas. Es por eso que incluso algunas personas en un principio dudan de lo popular o lo menos costoso, porque fue el mismo sistema quien les reforzó la idea de que *“lo popular es malo”*.

El tema de los altos precios de medicamentos es un tema que aún no está resuelto del todo, por lo tanto, los objetivos de la farmacia popular de fracturar el sistema neoliberal, no están completos, porque no hay un cambio de paradigma ni en el mercado ni en el sistema de salud.

Aunque se reconoce que la formación de la farmacia popular en las distintas comunas del país ha permitido poner en boga y visibilizar la falta de ética del mercado farmacéutico, aún falta mucho por corregir y avanzar, ya que aún se traspasa la responsabilidad al pueblo y por lo tanto los organismos públicos y privados siguen actuando de igual forma, o simplemente generando medidas infértiles o llamadas de *“parche”*.

Con la presente investigación, se logró observar como el neoliberalismo está en la esencia de la sociedad, arrancando lo que enorgullecía al país. La injusticia del neoliberalismo y su mundo privado ha dado un vuelco en sí mismo, transformando la injusticia en justicia, canalizado por la desilusión y la baja expectativa a doblarle la mano al destino. Es decir, a pesar de la implementación de las farmacias populares, las personas se siguen conformando con lo que hay, siendo los sujetos los más perjudicados por el sistema; en este sentido, tienen razón, efectivamente son los más perjudicados del sistema económico, pero nadie hace nada, es como si tuvieran un temor de actuar o la determinación de que no obtendrán el apoyo de la población completa, ya que el sistema neoliberal se ha encargado de fragmentar a la población y enfrentarlos entre ellos mismos.

Es decir, salir de las reglas neoliberales es muy difícil, porque conlleva a una lucha ciudadana. Mientras tanto, se siguen replicando estos criterios de individualidad y autorresponsabilidad en salud – y en todas las esferas de la sociedad –: en Chile es lo que se denomina *Elige vivir sano*, gimnasios en plazas públicas o incluso autocuidado dietético. Esta es claramente una maniobra del mercado, haciéndoles creer que al tener la autorresponsabilidad tendrán empoderamiento, pero lo cierto es que estos mecanismos sólo los hacen más débiles ante el sistema, estando desprotegidos y desamparados, donde sus Estados se desligan de sus obligaciones preventivas en salud, ya que si

una nación pretende tener una sociedad sana y controlada, debería entregar todas las condiciones para que esto ocurra. En otras palabras, al neoliberalismo le conviene tener una sociedad dañada y desprotegida, ya que de esta forma se cae en un círculo vicioso donde es el sistema mismo el que hace daño, para posteriormente proponer soluciones infértiles, que evidentemente dejan tranquilos a la población y se legitima su permanencia como sistema económico.

La conveniencia del neoliberalismo es mantener a la sociedad enferma, puesto que la enfermedad es el seguro de vida del sistema económico. Estar enfermos hace débiles a las personas, a sus familias (porque las personas no se enferman solas, enferman también a su conjunto familiar, porque en el peor de los casos, son ellos los que se deben hacer cargo de los trámites burocráticos de las enfermedades) dejando que el sistema tome decisiones por ellos, teniéndolos bajo dominio. Por otro lado, estar enfermos para el sistema, genera mayores utilidades más que pérdidas, ya que incrementan la necesidad de tomar medicamentos, y ahí aparece la figura de los farmacéuticos. Es decir, tener una farmacia en Chile es un negocio muy rentable, porque los sujetos necesitan vivir; el mercado farmacéutico, el sistema económico y el sistema de salud, juegan con la vida de las personas, como si fuera un objeto en desuso.

Además, hay que considerar que es un beneficio para el sistema estar enfermos, porque la sociedad chilena está envejeciendo, por lo tanto no hay un auge en políticas preventivas y, considerando que la mayor parte de la población enferma son personas de tercera y cuarta edad con enfermedades crónicas, con mayor razón la atención médica se genera de forma tardía, desentendiéndose de la población y llegando cuando ya no hay nada más que hacer que esperar la muerte.

Por ende, la economía neoliberal omite la presencia de lo político en lo no político y, se genera un poder social donde está el mundo “*periférico*” y el mundo “*capilar*”, anidando las relaciones sociales no sólo en el plano económico y laboral, sino que en el plano de salud, en todas las instituciones sociales, incluso en la vida cotidiana. (García de La Huerta en Lemm, 2010).

A pesar de la autorresponsabilidad que tiene cada sujeto, finalmente es el mercado quien tiene la decisión de dejar morir o dejar vivir. Y frente a esta decisión los Gobiernos postdictadura en Chile no hacen nada al respecto, sólo se quedan en la promulgación de poéticos discursos y escasa praxis social. Por lo demás, estos Gobiernos no intentaron re-construir el Estado ni la institucionalidad heredada de la dictadura mediante la constitución de 1980, “*sólo la maldecían a voces, pero la aceptaban en silencio; se oponían a ella mientras se ajustaban a sus beneficios. Era un rechazo por así decirlo moral*” (García de la Huerta en Lemm, 2010, pág. 187). Por lo tanto, el libre mercado sólo agudizó el subdesarrollo bajo una pseudo-democracia, permitiendo la legitimidad de las dictaduras bajo el control.

Incluso, gran parte de la sociedad siente en conductas dictatoriales cierto grado de tranquilidad. Esto por ejemplo ocurre cuando hay desastres naturales y la población se desespera, muchas personas piden sacar a la calle a los militares para mantener el orden y la paz. ¿En qué momento cambió tanto la perspectiva nacional, que el control, la violencia, las armas y un uniforme generan tranquilidad? Esto claramente son las consecuencias y el triunfo del mercado neoliberal y su privatización.

En los tiempos actuales, la biopolítica entra en un posicionamiento primordial: por un lado abarca las tecnologías que dejan vivir, como aquellas que dejan morir. El cuerpo entonces se convierte en un campo de operaciones, normalización y gestión privada de los sujetos y sus enfermedades. Por eso, todo sujeto enfermo potencial tiene el deber de cuidar y vigilar su salud (Costa y Rodríguez en Lemm, 2010).

A partir de la incongruencia que promulga el sistema económico, como sus entidades públicas y privadas, surge dar solución a una situación alarmante; una situación que está matando lenta y dolorosamente a la población: los medicamentos. En respuesta de esta situación neoliberal de la salud y la vida, se agradece la iniciativa de Recoleta y todos los municipios que han tomado en cuenta las necesidades de su población bajo las carencias políticas farmacéuticas desde el Estado creando un proyecto social y político de carácter No-neoliberal, devolviéndole a la clase popular la esperanza de vida; se deja ver entonces que por un lado están las ideas de poder de la clase dominante mediante el mercado farmacéutico y por el otro lado está el poder mediante la institucionalización biopolítica desde un Gobierno local, todo esto considerando que *“la sociedad es un archipiélago de poderes diferentes”* (Foucault, 1999, pág. 76)

Considerar que en la sociedad hay un archipiélago de poderes, permitió las iniciativas municipales, porque este fue un argumento de peso para que cada persona enferma tomara las riendas de su vida, logrando que el pueblo tuviera poder, se visibilizara y sobre todo que tenga voz y voto en las medidas que les afectan directamente a ellos. Cabe destacar, que el poder que ha construido el pueblo no sería posible sin la confianza y el protagonismo que han tenido las desigualdades sociales y sistémicas en los últimos años a partir de las distintas movilizaciones nacionales, cuestionando estructuras que en un pasado cercano eran inmutables e incuestionables. Poco a poco y con esfuerzo de lucha, el ciudadano poblador está siendo nuevamente el protagonista.

Sin embargo, para Recoleta como municipio pionero, San Ramón como segundo municipio en tomar esta iniciativa, así como otros que siguieron, ha sido difícil crear conciencia pública, esto se ve incluso en los relatos de los usuarios entrevistados, ya que aún está presente en ellos conductas y pensamientos neoliberales que legitiman la privatización de ciertos servicios.

En este aspecto es posible reflejar que la memoria histórica es débil, y hay que estar constantemente recordando los derechos que tienen los ciudadanos y cómo a través de la lucha lograron estos. La frecuente amnesia de los ciudadanos, del Estado y de los organismos privados, conlleva a un manejo totalizador del mercado.

En consecuencia, las farmacias populares en los municipios permitieron ser el punto de inicio de la creación de conciencia pública, sin negar que es un proceso complejo que combina actividades concretas con el objeto: es decir con la relación que existe entre estar enfermo y los altos precios de medicamentos. Para esto los municipios tuvieron que hacer visible la enfermedad y los problemas que estaba sufriendo la población; interpelar a la sociedad para generar en ellos valores que se han perdido: solidaridad, empatía e identificación con los que más sufren; y con esto lo que buscan estos municipios no es solamente generar una política de shock y momentáneas, sino que la transformación personal y grupal de un problema social, político y económico, logrando soluciones globales y duraderas, ya no se pueden aceptar soluciones parches o hacerse los desentendidos (Mayrhofer & Cuevas en Lemm, 2010), es decir, los municipios comienzan un

proceso de concientización. Ya no se puede permitir que el mercado y en especial los organismos públicos se hagan los desentendidos, es urgente realizar acciones para revertir esta situación. Esto es lo que ha permitido la farmacia popular, y se logró ver en los usuarios entrevistados más politizados, de un verdadero empoderamiento de ya no permitir que el mercado los domine y que el Estado no haga nada; y, aunque sea una tarea difícil e imposible para algunos, la farmacia popular permite soñar, da el paso para generar el cambio que tanto se necesita hoy en día para los más desprotegidos, por eso es el Estado quien debe gobernar los derechos ciudadanos, y es el pueblo el encargado de derribar el mercado neoliberal lucrativo.

Esto permitirá comprender que Recoleta y San Ramón con la farmacia popular rompen con la pasividad y pone al sujeto como actor principal y activo dentro de la estructura socioeconómica, explicando también el mercado dentro del sistema de salud en la nueva consideración médica, ya que *“hay intereses en los grupos de poder, en particular, los de las transnacionales farmacéuticas, demostrando la falsedad neoliberal con el supuesto que la salud mejoraría como resultado del crecimiento económico”* (Rojo Pérez & García González, 2000, pág. 95).

Pero la salud no mejoró, por el contrario, empeoró, al nivel de dar un vuelco en lo público, sobreentendiéndolo ahora como malo. El mercado derribó lo público para dar posicionamiento a lo privado, bajo el lema de *“lo barato cuesta caro”*, es decir, el mercado engaña a los sujetos, diciéndoles que mientras más caro paguen por las cosas mejores son; en el caso de la salud, mientras más caro es el plan de salud en una Isapre o más costoso un bono de médico particular, mejor van a cubrir sus necesidades y prácticamente los hará sanarse milagrosamente. Pero no es así, es necesario recuperar lo público y con ello también recuperar lo popular, y dejar las creencias dictatoriales de lo popular a un lado. Lo popular no es pobreza, lo popular no es malo, lo popular no es de mala calidad, lo popular no es indigno, lo popular no es un regalo, lo popular es del pueblo, es un derecho.

Como se ha mencionado a lo largo de la investigación, la carencia de recursos para el sistema de salud en medicamentos y el poco efecto de la estandarización en algunos enfermos, los obliga a recurrir a la compra en el sistema privado en las cadenas farmacéuticas, agudizando la vida de las personas.

Es por eso que la sociedad capitalista está en una fase de modernidad líquida. Es decir, es una figura de constante cambio y transitoriedad, donde no existe certeza sobre ninguna esfera social; sólo puede existir la certeza de una complejización y desigualdad del sistema socioeconómico. Por ende, en el aspecto de esta investigación, se pudo pesquisar que hay una evidente decadencia de lo promulgado por los Estados de bienestar; estamos en una etapa social donde no suelen converger los relatos colectivos que den sentido a los individuos y a su historia, por eso se considera a la sociedad líquida como cambiante e imprevisible. Esto *“era el presagio de un mundo estrechamente controlado, en el que la libertad individual no sólo estaba hecha añicos sino que ofendía gravemente a la gente entrenada para obedecer órdenes y seguir rutinas prefijadas; un mundo en el que una pequeña elite tenía en sus manos todos los hilos – de modo que el resto de la humanidad eran meros títeres –; un mundo dividido en manipuladores y manipulados, planificadores y cumplidores de planes”* (Bauman, 2003, pág. 59). Es por eso que lo más relevante en el sistema

socioeconómico neoliberal es la descripción de las tensiones y contradicciones sociales, que son manifestadas de manera existencial en las relaciones humanas.

Significar lo popular como un horror y un mecanismo que haría desaparecer un futuro promisorio, cambiando la perspectiva de los sujetos hacia un mundo feliz, no fue más que una estrategia de la modernidad líquida, ya que de feliz no tiene nada, por lo menos para el pueblo no fue así.

Por ende, el sistema socioeconómico crea un trasfondo que no todos tienen la capacidad de develar: a pesar de los supuestos avances desarrollistas del neoliberalismo, lo cierto es que somos parte de una dominación, en una categoría de dominados. En el sistema de salud es mucho más sencillo ver esta diferencia de dominantes y dominados: aún en Chile la salud está diseñada bajo roles marcados y un status, siendo una mirada ya obsoleta. Frente a estos parámetros Recoleta y San Ramón con las farmacias populares en sus municipios intentan romper con esa mirada, desplazando la idea de estructura y posicionando al sujeto como eje central.

Pero, a pesar de los esfuerzos que realizan estos municipios, se mantienen rastros claros del neoliberalismo; existe una mayor cercanía con la incertidumbre y sobre todo se genera aún más una necesidad de instantaneidad. Con esto se quiere explicar que los sujetos ahogados y perjudicados por el mercado, quieren respuestas rápidas y certeras, olvidando que todo cambio estructural es parte de un proceso histórico de lucha.

Ahora bien, independiente de los significados que construyeron usuarios de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, es evidente que este tipo de proyecto farmacéutico municipal, ha iniciado la devolución de servicios y derechos que pertenecieron y pertenecen al pueblo.

Por lo tanto, dentro de la implementación de la farmacia popular hay un componente comunitario, generando un sentir en los usuarios de ser parte de la búsqueda de alternativas para los altos precios de medicamentos. A partir de esa concepción, los usuarios se sienten parte del proyecto, generando los siguientes significados:

A. Descripción de las motivaciones para ser parte de la farmacia popular

Entre los usuarios de Recoleta y San Ramón, existieron dos tipos de motivaciones que se repitieron en toda la investigación: por un lado significaron su participación como una motivación económica, sustentada en su experiencia personal y por otro lado una significación con una motivación política.

Efectivamente los usuarios sufren constantemente con el mercado farmacéutico, por lo mismo la realidad que ellos viven en ese mercado lucrativo los hizo recurrir a un tipo de ayuda, ya que la relación existente entre altos precios de medicamentos y el poco ingreso que reciben por medio del sistema de pensiones, no se condicen con las cantidades de dinero que gastan mensualmente, ni con la promulgación estatal de una población sana y protegida.

Una vez ya dentro de la farmacia popular, siendo usuario activo, surge una motivación política de participar; desde allí comenzaron a cuestionar el sistema, el mercado y el rol de los políticos y entidades públicas, haciéndolos significar que todo contiene implicancias económicas y políticas, por lo tanto ellos consideran fidedigno actuar de la misma forma.

B. Identificación de las transformaciones en la vida cotidiana

Evidentemente la implementación de la farmacia popular en Recoleta y San Ramón trajo consecuencias positivas a la vida cotidiana de sus usuarios. Lo significan como una calidad de vida en cuando a continuidad en los tratamientos farmacológicos, porque si bien algunas veces no encuentran los medicamentos en la farmacia popular y tienen que esperar días para su entrega, sí significan que de todas maneras es una ayuda y oportunidad que tienen para poder sanarse y obtener más dignidad, sin dolores y mayor esperanza de vida; y también como una oportunidad de ahorro que permite derivar ese dinero a mejorar otros aspectos de la calidad de vida, y estar más tranquilos con el presupuesto mensual.

C. Sobre legitimidad de su implementación

Distintos son los escenarios que hacen posible la legitimación de este tipo de proyectos populares, que buscan remover la inercia de la sociedad y la pasividad de la clase política en este tipo de asuntos farmacéuticos.

Además, la legitimidad de la farmacia popular tiene distintas relaciones y conflictos, pero particularmente significan estos conflictos como un desconocimiento del mecanismo del mercado farmacéutico; esto justifica entonces la relación conflictiva con farmacias de grandes cadenas y laboratorios.

Pero también se genera una división entre los usuarios organizados y no organizados de ambas farmacias en estudio. Los primeros en general consideran que la reproducción de este tipo de proyecto es más bien política, donde se entiende que hay una legitimación que crea votos; mientras que los segundos significan mayormente la reproducción con motivos netamente sociales, funcional al modelo de Recoleta.

Además, se visibiliza la legitimidad naturalizada que existe de los altos precios de medicamentos. Sin embargo, este tipo de legitimación que construye la farmacia popular, se legitima dentro del mismo mercado. Es decir, los usuarios no cuestionan pagar por sus medicamentos, sino que cuestionan los altos precios que deben pagar.

Finalmente la legitimación del proyecto farmacéutico popular de Recoleta se encuentra en la oposición entre los proyectos políticos oficializados (mercado farmacéutico privado) y los planos reversos del proyecto de Recoleta y San Ramón.

D. Proyecciones futuras de su funcionamiento

Independiente de las percepciones negativas o positivas, los usuarios significan la proyección de este proyecto como un sueño. Es decir, en su mayoría confían en un mantenimiento de la idea de precios populares, no así a la continuidad física de la farmacia popular o una proyección estatal. Son reacios a pensar en algo global, prefieren lo local como un método de aseguramiento y desde allí implementar aspectos de mejora continua para establecer su funcionamiento.

Por ende, no hay que dejar de hablar de la farmacia popular, ni de trabajar en ella, porque es la misma sociedad con la opinión pública, la que mantendrá la continuidad del beneficio de precios bajos.

Es decir, los usuarios significan la implementación de la farmacia popular en Recoleta y San Ramón como algo mayormente positivo, como una alternativa real a sus necesidades, pero siempre bajo la incertidumbre de la falla del sistema. Por esta misma razón es que no existe una estandarización significativa como devolución legítima de derecho en salud; se puede decir que 50% de los usuarios menos politizados correspondientes a su mayoría a la farmacia popular de San Ramón, significan sólo como un beneficio, un descuento y una mera moda, pero el 50% de los usuarios más politizados, pertenecientes especialmente a la farmacia popular de Recoleta, la significan como un derecho histórico que fue arrancado de cuajo y sin previo aviso por motivos políticos dictatoriales. Pero estas diferencias están significadas por la tendencia política y el nivel socioeconómico de la comuna. Es decir, en Recoleta hay una mayor cercanía, empoderamiento e identificación con partidos políticos, como un derecho a partir de las consecuencias de la figura y gestión de su alcalde; en cambio en San Ramón es más bien una población de acatar, dañada por la incertidumbre, y por lo mismo su cercanía con el derecho se relaciona con los niveles económicos periféricos que tiene la población, generando un derecho desde una política pobladora, repudiando las posiciones políticas.

Pero, a pesar de las diferencias políticas entre los usuarios de ambas farmacias, todos significan de una u otra forma, la farmacia popular como una fractura y un remesón al mercado farmacéutico privado.

Sobre la formación de la realidad con el Otro

La farmacia popular logró algo que no era esperado por la sociedad: creó la empatía. Reformuló el tejido social popular, donde las relaciones de los usuarios se conectan por las experiencias vividas, poniéndose en el lugar del otro.

La articulación con el Otro permitió visibilizar el desamparo propio, y que a la vez que el Otro estaba viviendo en igual desamparo.

Estas experiencias presentes en el mundo de la vida cotidiana, permiten construir la realidad de los sujetos, siempre en concordancia con el Otro. Es decir, la realidad individual que viven los usuarios respecto a los altos precios de medicamentos, es también la realidad que viven miles de sujetos a nivel nacional en el mercado farmacéutico; esto se puede develar en que en cada relato de los usuarios entrevistados describen su mundo de manera plural, refiriéndose también a los Otros.

Esto último se ha logrado no sólo por compartir *per se* una misma experiencia, sino también por el lenguaje. El lenguaje que se ha formado en torno del fenómeno de farmacias populares sale de la burbuja de un lenguaje de masas, y se transforma por tanto en un lenguaje de conversación con el Otro, una opinión en común; o dicho de otra forma un lenguaje visto como clandestino al no estar a la par con el mercado neoliberal, pero a la vez, al ser un lenguaje compartido es también,

triunfante (Barthes, 2009). Esto último genera que exista en los sujetos un tipo de esperanza para terminar con las desigualdades, es decir, va conformando lentamente una conciencia de clase.

Esto conlleva a un objetivo claro de las farmacias populares de Recoleta y San Ramón, que no sólo es la entrega de medicamentos, sino que se enfoca en un actor clave (enfermos crónicos y de tercera edad) para que tomen el posicionamiento que le corresponde en la sociedad. Al respecto, cabe destacar – como dato adicional – que el objetivo inicial de ambas farmacias en estudio ha generado en la reproducción de otros municipios ampliando la cobertura inicial: un caso relevante en el primer periodo del 2018 es del municipio de Quilicura, impulsando junto a la fundación Daya y el Instituto de Salud Pública (Municipio Quilicura, 2017), la capacitación a funcionarios de la salud pública y posteriormente la venta de medicamentos cannabicos en su farmacia solidaria. Este municipio entrega con esto la oportunidad de un tratamiento alternativo y la posibilidad de acceder a ellos (Villarroel, 2018) . Además, este municipio tiene otra novedad, es la primera farmacia de carácter municipal que venderá medicamentos hormonales para personas transgéneros; para esto los funcionarios de la farmacia solidaria de Quilicura fueron capacitados con un protocolo de respecto e inclusión (Ahora noticias, 2018), el único requisito particular que se requiere para acceder a este beneficio – además de tener una orden médica – es ser mayor de 18 años.

Frente a estas iniciativas, el alcalde de dicha comuna, declaró: *“Estamos convencidos que cada vecino debe tener derecho a decidir cómo llevar su tratamiento médico. Por eso, que nuestros centros de salud cuenten con las herramientas necesarias para dar acceso a esta alternativa, es algo que nos enorgullece, porque nuevamente estamos marcando un precedente en respeto e inclusión”* (Municipio Quilicura, 2017). Actualmente es un proyecto que anida a 15 municipios del país. También este municipio responde a los requerimientos y dudas de varios de los usuarios entrevistados de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón: la farmacia solidaria de Quilicura además de enfermedades crónicas, incluye en sus usuarios la cobertura de enfermedades ambulatorias con un máximo de 30 días de antigüedad (Salud Quilicura, 2016).

Quilicura es un ejemplo de lo que ha causado este tipo de iniciativas, logrando un legítimo posicionamiento del sujeto como centro de esta política pública; demuestra efectivamente que la iniciativa que promulgó Recoleta y San Ramón como primer y segundo municipio, fue instruir a los demás municipios y demostrar que ellos tienen la capacidad para luchar por sus derechos. Efectivamente esta iniciativa fue el puntapié inicial para demostrarles a alcaldes y municipios que en sus manos tenían la oportunidad de inclusión, y mucho poder social.

Cabe destacar también, que la iniciativa impulsada por Recoleta ha permitido una unión de farmacias de carácter municipal, realizando convenciones y alianzas, buscando objetivos comunes a fin de obtener un mayor beneficio para la población. Entre las iniciativas que más se han discutido es la implementación de refraccionamiento. Es decir, venderles a los usuarios los medicamentos mensuales que necesita para su tratamiento, esto les permitirá ahorrar aún más porque no tendrán que comprar cajas, sino solamente los que necesiten.

Por otro lado, se pudo significar en todos los relatos de los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y San Ramón, como un establecimiento que se ubica al centro de la esfera económica. Es decir, la farmacia popular se encuentra en medio de la esfera pública y privada, puesto que surgió desde un espacio municipal pero no entrega una política subsidiaria, sino que son las personas de

manera particular quienes compren los medicamentos, pero la diferencia recae en los márgenes de precios con las grandes cadenas farmacéuticas. Y si bien, las capas desfavorecidas de la población carecían de ciertos privilegios como el acceso a los medicamentos para sus tratamientos debido a los altos precios y sólo se beneficiaban por los márgenes de lo que les estaba impuesto en las leyes, Recoleta y San Ramón crean un espacio de conquista de estas capas desfavorecidas estando dispuestos todos incluso a sublevarse para defenderlo (Foucault, 2006).

Es por eso que si bien no todos los usuarios entrevistados significaron la farmacia popular como un derecho legítimo en salud, si es cierto que es un derecho en otro aspecto social: es un derecho respecto a la mantención a la vida, al cuerpo, a la salud, al bienestar, a la satisfacción de las necesidades; el derecho, más allá de todas las opresiones o alineaciones, es encontrar lo que somos y todo lo que podemos ser.

Finalmente, frente a los significados recopilados de los relatos de usuarios de Recoleta y San Ramón, hay distintas recomendaciones que se quieren proponer en esta investigación para el mejoramiento de la farmacia popular. Por un lado hay una marcada recomendación a generar mayores accesos a la farmacia popular, pero sobre todo a que se siga fomentando su funcionamiento. Es decir, se hace una recomendación a que las entidades municipales junto con la comunidad generen estrategias para una permanencia del proyecto, y esto es posible con la legitimidad que hacen las mismas personas, por lo tanto, generar estrategias donde se deje en manifiesto las desigualdades y naturalización del mercado farmacéutico, conllevará el empoderamiento de la población y el apoyo a este tipo de proyecto municipal.

Por otra parte, los usuarios no quieren sentirse defraudados, entonces otra recomendación es mostrar a la población que este tipo de proyectos no tiene connotación política – porque son reacios a temas políticos – y mostrarles más bien que sólo tiene objetivos sociales. Eso se puede generar con una mayor participación de la comunidad en la toma de decisiones que tengan que ver con la farmacia popular, así como también una educación generalizada del sistema farmacéutico y la farmacia popular.

Esto último genera la conexión con la falta de medicamentos y los tiempos de espera. Si bien, en los propios relatos de los usuarios entrevistados reconocen la labor que ejercen las farmacias populares y sus funcionarios para obtener los medicamentos, se deberían generar otros mecanismos para que las personas no tengan tantos periodos de espera en sus medicamentos y para que este proceso de buscar otros mecanismos sea transparente, que sean los mismos usuarios quienes determinen lo que les gustaría obtener de la farmacia popular. Con esto, los usuarios se sentirán parte del proyecto y con más entusiasmo de pertenecer a él.

8. Referencias

- 24 horas. (2018). *24 horas*. Obtenido de Piñera y modificaciones a la Ley de fármacos II: "Hemos querido crear la cultura de la vida sana": <http://www.24horas.cl>
- ABC. (2012). *ABC tu diario español* . Obtenido de Así se pagan las medicinas en el resto de la UE: <http://www.abc.es>
- Adorno, & Horkheimer. (2016). *Dialéctica de la Ilustración*. Madrid: Trotta editorial .
- Aguilera, M. (2016). *diarioUCHile*. Obtenido de Alcalde de San Ramón: "nuestra farmacia popular atenderá vecinos con Fonasa e Isapre": <http://radio.uchile.cl>
- Ahora noticias. (04 de mayo de 2018). *Ahora noticias*. Obtenido de Ahora noticias: <http://www.ahoranoticias.cl>
- Ahora noticias. (17 de mayo de 2018). *Quilicura venderá medicamentos hormonales para personas transgénero un 300% más barato*. Obtenido de Ahora noticias: <http://www.ahoranoticias.cl>
- Alba Tv. (2012). *Alba Tv*. Obtenido de Venezuela crea red de farmacias populares en todo el país: <http://www.albatv.org>
- Arcila, P., Mendoza, Y., Jaramillo, J., & Cañón, O. (2010). Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. *Diversitas: perspectiva en psicología*. Vol 6, núm. 1. Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.
- Arnold, M., & Rodríguez, D. (1999). *Sociedad y teoría de sistemas: elementos para la comprensión de la teoría de Niklas Luhmann*. Santiago: Universitaria .
- Ávila Fuenmayor, & Ávila Montaña . (2010). El concepto de la biopolítica de Michel Foucault . *Revista de filosofía A parte Rei*. úm 69.
- Aya Angarita, S. (2009). Reflexiones acerca de los procesos incluidos en la construcción narrativa ¿Cómo emergen los relatos? *Diversitas: perspectivas en psicología*. Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.
- Barthes, R. (2009). *El susurro del lenguaje, más allá de la palabra y la escritura*. España: Ibérica.
- Batista, & Ruano. (2014). *El programa farmacia popular de Brasil: El acceso de las personas a los medicamentos genéricos*. . Obtenido de El programa farmacia popular de Brasil: El acceso de las personas a los medicamentos genéricos.: Archivo internet
- Bauman. (2003). *La modernidad líquida*. México: Fondo de cultura económica.
- BCN. (26 de septiembre de 1924). *Ley N° 4.054 de Seguro Obrero*. Obtenido de Biblioteca congreso nacional: <https://www.leychile.cl>

- Benavides, Castro, & Jones. (2013). *Sistema público de salud, situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050*. Santiago : Direcciones de presupuesto del Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- Benney, & Hughes. (1970). *Aspectos teóricos, administración y evaluación de entrevista*. Obtenido de Aspectos teóricos, administración y evaluación de entrevista: Archivo internet
- Berrecil-Montekio, Reyes, & Annick. (2011). *Sistema de salud de Chile*.
- Blumer, H. (1982). *Interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. México: Amazo.
- Bodgan, & Taylor. (1986). *Introducción a métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bruner. (1998). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Cáceres, J. (2018). *Colegio farmacéutico* . Obtenido de Laboratorios advierten riesgos de ventas sin recetas en farmacias: <http://www.colegiofarmaceutico.cl>
- Cadem. (2015). *Encuesta percepciones sobre el sistema Isapre*. Santiago : Cadem.
- Castillo , L. (2009). *Colusión en mercados relevantes: un aporte a la discusión*. Santiago : Programa generancia social y políticas públicas, Flacso . Obtenido de Colusión en mercados relevantes: un aporte a la discusión: <http://www.flacsochile.org>
- Castro, N. (2011). *Sociología de la salud en México*. Obtenido de Sociología de la salud en México: Archivo internet
- Chandía, C. (12 de diciembre de 2008). *Farmcias en Chile: Concentración en el centro y precariedad en la periferia*. Obtenido de La Tercera: <http://www2.latercera.com>
- Chile atiende. (2017). *Chile atiende*. Obtenido de AUGE-GES:Plan de acceso universal a garantías explícitas : <https://www.chileatiende.gob.cl>
- Collao, F. (2018). *Ciper*. Obtenido de Ley de fármacos II:¿Venderías armas en los supermercados?: Archivo internet
- Congreso Nacional. (2011). *Biblioteca del congreso nacional de Chile*. Obtenido de Ley N° 18.695, artículo 41: Ley orgánica constitucional de municipalidades .
- Corbin, & Strauss. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Crisante, M. (2013). *Ministerio de salud del Perú. Dirección general de medicamentos, insumos y drogas* . Obtenido de Mercado farmacéutico y acceso a medicamentos en el Perú.
- Del Salto Calderón, K. (2013). *La voz*. Obtenido de Cómo funciona el sistema de salud en los Estados Unidos: <http://lavoiz.bard.edu>

- Delgado, & Gutiérrez. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Obtenido de Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales: Archivo internet
- Donati. (1994). *Sociología orientada a la salud*. Obtenido de Introducción a la sociología de la salud: Salud, medicina y sociología : Archivo internet
- Dulcinea INSURANCE . (2017). *Dulcinea INSURANCE*. Obtenido de ¿En qué consiste el trumppcare?: <https://www.seguros-de-salud-y-vida.com>
- Echevarría. (1996). *Ontología del lenguaje*. Obtenido de Ontología del lenguaje: Archivo internet
- Figueroa, J. (noviembre de 2015). *Ciper*. Obtenido de Farmacia municipal de Recoleta desnuda cómo la industria infla los precios de los medicamentos: <http://ciperchile.cl>
- Flores, J. (2018). *Ley de fármacos II. Piñera agrega indicaciones y propone vender remedios en supermercados*. Obtenido de Biobío Chile: <https://www.biobiochile.cl>
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder. Obras esenciales, volumen III*. Barcelona, España: Ibérica.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France (1975-1976). Traducción al castellano de Horacio Pons*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica de Argentina S.A.
- Foucault, M. (2006). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Argentina: Siglo veintiuno.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Argentina: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la locura en la época clásica I*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica.
- García-Nieto, Pérez Corbacho, & Andréu Abela. (2007). *Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Obtenido de Centro de investigaciones sociológicas: Archivo internet
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximación a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Glaser, & Strauss. (1998). Capítulo 5: El método de comparación constante de análisis cualitativo. En G. & Strauss, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative*. (págs. 101-115). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Fac. de ciencias sociales.
- Gómez, J. (2004). *Tres décadas después: lecturas sobre el derrocamiento de la Unidad Popular*. Santiago de Chile: Editorial Arcis.
- Habermas. (1981). *La reconstrucción del materialismo histórico* . Madrid: Taurus.

- Habermas. (2001). *Teoría de la acción comunicativa. Tomo I*. Madrid: Taurus.
- Ibarra, & Siles. (2006). Rol del enfermo crónico: Una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Revista Cultura de los cuidados. Núm 20*, 129-135.
- Imagina Chile. (2013). *El mercado de medicamentos en Chile*. Santiago : Ministerio de economía, fomento y turismo.
- Infobae. (08 de marzo de 2018). *infobae*. Obtenido de El precio de los seguros de salud en Estados Unidos subirá hasta el 90% para 2021: <https://www.infobae.com>
- Jadue, D. (2015). *Recoleta*. Obtenido de Farmacia popular de Recoleta : <http://www.recoleta.cl/farmacia-popular>
- Jimenez, A. (04 de mayo de 2018). Ahora noticias. (Ahora noticias, Entrevistador) Obtenido de Ahora noticias: <http://www.ahoranoticias.cl>
- Just Landed. (2017). *Just Landed*. Obtenido de Cómo conseguir medicamentos en EEUU: <https://www.justlanded.com>
- Kottow, M. (1991). Medicina y sociología: Una reflexión atribulada. *Corporación de promoción universitaria (CPU)*, núm 70.
- Kottow, M. (2012). Sociología y salud pública: una introducción. *Revista nuevos folios de bioética. Núm 9*, 7-21.
- Krause, Cornejo, & Radocic. (1997-1998). *Diseño de estudios cualitativos*. Obtenido de Diseño de estudios cualitativos: Archivo internet
- Latour, B. (2009). *Ciencia en acción* . Ecuador: Flacso.
- Laurell, A. (1981). *La salud-enfermedad como proceso social*. Xochimilco, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Lawner, Schatan, & Soto. (2008). *Memoria Chilena*. Obtenido de Salvador Allende, presencia en la ausencia: <http://www.memoriachilena.cl>
- Lemm, V. (2010). *Michel Foucault: Neoliberalismo y biopolítica*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
- López Hernández. (2009). El concepto de la legitimidad en la perspectiva histórica. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho. Universidad de Murcia*.
- López, C. (2013). La biopolítica según la óptica de Michel Foucault. Alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis. *REvista de filosofía y teoría política contemporánea "El banquete de los Dioses"*, 111-137.
- Luhmann, N. (1990). *La ciencia de la sociedad*. México : Anthropos.

- Martínez-Salgado. (2012). *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*. Obtenido de El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias.: Archivo internet
- Maturana, & Varela. (1995). *De máquinas y seres vivos: autopoiesis, organización de lo vivo* . Santiago : Universitaria .
- McCarthy, T. (1998). *La teoría crítica de Jüger Habermas*. Madrid, España: Tecnos.
- Mead. (1982). *Espíritu, persona y sociedad*. España: Paidós Ibérica.
- Mead. (1991). La génesis del self y el control social. Núm 55. *REIS*, 165-186.
- Ministerio de economía y finanzas del Perú. (2013). *Ministerio de economía y finanzas del Perú*. Obtenido de ¿Farmacias populares?
- Minsal. (2005). *Régimen de Garantías Explícitas en Salud. La Ley N°19.966* . Santiago : Superintendencia de salud .
- Minsal. (2015). *Distribución de farmacias por región*. Santiago: Minsal.
- Minsal. (2015). *Distribución de farmacias por región* . Santiago: Minsal.
- Minsal. (06 de junio de 2015). *Ley 20.850*. Obtenido de Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos: Archivo internet
- Minsal. (2016). *Introducción AUGE/GES*. Obtenido de Minsal: <https://diprece.minsal.cl>
- Minsal Ecuador. (26 de julio de 1988). *Reglamento codificado de las farmacias de medicamentos básicos* . Obtenido de Minsal Ecuador: <http://www.farmacologiavirtual.org>
- Municipalidad San Ramón. (diciembre de 2015). *La primera semana de enero parte farmacia popular en San Ramón y espera beneficiar a 72 mil vecinos*. Obtenido de Municipalidad San Ramón : <http://www.municipalidadesanramon.cl>
- Municipio Quilicura. (28 de julio de 2017). *Municipio y fundación Daya capacitan a funcionarios de salud en uso de cannabis medicinal*. Obtenido de Municipalidad de Quilicura: <http://www.muniquilicura.cl>
- Parsons, T. (1951). *El sistema social*. Madrid, España: Alianza universidad.
- Prieto Navarro, E. (2003). *Jüger Habermas: acción comunicativa e identidad política*. España: Centro de estudios constitucionales.
- R.R. (07 de noviembre de 2017). *La tercera*. Obtenido de La tercera: <http://www2.latercera.com>
- RNV. (2016). *Radio Nacional de Venezuela*. Obtenido de Red de farmacias populares FarmaPatria cumple 4 años de fundada: <http://rnv.gob.ve>

- Rodríguez Bustamante, N. (1967). La relación médico-paciente. *Revista de psicología, para: la facultad de humanidades y ciencias de la educación de la Universidad Nacional de La Plata*, 137-142.
- Rodríguez, D., & Torres, J. (2003). Autopoiesis, la unidad de una diferencia: Luhmann y Maturana. *Revista sociologías, Porto Alegre*, núm 9, 106-140.
- Rojas, H. (2018). *Colegio farmacéutico*. Obtenido de Chile: Nueva ley de fármacos busca permitir venta fuera de farmacias : <http://www.colegiofarmaceutico.cl>
- Rojo Pérez, N., & García González, R. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Revista cubana, salud pública*, 91-100.
- Salazar, G. (1998). De la participación ciudadana: capital social constante y capital social variable (explorando senderos trans-liberales). *Proposiciones* 28.
- Salazar, G. (1994). construcción de Estado en Chile: la historia reversa de la legitimidad. . *Proposiciones* 24.
- Salud Quilicura. (2016). *Salud Quilicura. Requisitos de inscripción*. Obtenido de Municipalidad de Quilicura: <http://www.saludquilicura.cl>
- Schutz, A. (1989). *La construcción significativa del mundo social: Introducción a la sociología comprensiva*. España: Paidós Ibérica.
- Schutz, A. & Luckmann, T. (1994). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- SERNAC. (08 de septiembre de 2017). *SERNAC*. Obtenido de Mayores diferencias de precios de medicamentos bioequivalentes en el mercado farmacéutico metropolitano y sus ventajas económicas para los consumidores: <http://www.sernac.cl>
- Telemundo. (14 de mayo de 2017). *telemundo*. Obtenido de 5 países en donde el sistema de salud es universal: <http://www.telemundo.com>
- Telesur. (2015). *Telesur TV*. Obtenido de Farmacias populares han beneficiado a 31 millones de brasileños : <http://www.telesurtv.net>.
- Tobar, F. (2007). *Políticas de provisión pública de medicamentos en América Latina y el Caribe*. Obtenido de Políticas de provisión pública de medicamentos en América Latina y el Caribe.
- Unidad Popular (Chile). (1970). *Candidatura presidencial de Salvador Allende: programa básico de gobierno de la Unidad Popular: pacto de la Unidad Popular: acuerdo sobre conducción y estilo de la campaña*. Santiago : Colección digital .
- Vassallo. (2010). *El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica*. Santiago : Ciper.

- Vigario, A. (2017). *El economista*. Obtenido de España tiene 1.000 fármacos más que antes de la crisis: <http://www.eleconomista.es>
- Villarroel, M. (27 de marzo de 2018). *Pacientes de Quilicura reciben primer fitofármaco chileno en base a cannabis*. Obtenido de BioBio Chile: <https://www.biobiochile.cl>
- Vygotsky. (1987). *Pensamiento y lenguaje: teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. Buenos Aires, Argentina: La Pléyade.

Anexos



Anexo N° 1: Carta de consentimiento informado

La investigación en la que está aceptando participar es parte de la investigación “*Los significados que los usuarios de la farmacia popular de Recoleta y la farmacia popular de San Ramón atribuyen a su implementación como alternativa popular farmacéutica y devolución legítima del derecho ciudadano en salud, ante una estructura farmacéutica privada*”, se enmarca en el contexto de una tesis para optar al grado de Licenciado en Sociología, de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

La actividad en la que participará es una Entrevista, que consiste en una conversación que está guiada por un moderador a partir de los objetivos de la investigación.

La entrevista tiene una duración aproximada de una hora. El audio de las entrevistas será grabado y posteriormente transcrito, con el objetivo de poder analizar en detalle el relato de cada uno de los participantes.

Los datos obtenidos durante este estudio sólo serán usados con fines investigativos, son confidenciales y anónimos. Los análisis e informes de resultados se basarán siempre en los datos como conjunto, no en análisis de personas particulares. Además, si el entrevistado lo requiere, en los archivos de audio y texto no se incluirá información personal, reemplazando los nombres por seudónimos y otros datos personales serán omitidos.

Su participación es totalmente voluntaria, por lo que no está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Más aún, si accede a participar puede dejar de hacerlo en cualquier momento, o bien omitir respuesta a cualquiera de las preguntas, sin que sea necesario dar explicación alguna al equipo de investigación.

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactarse enviando un e-mail a Camila Sánchez, camila.sociologia@gmail.com o bien vía telefónica: (9)72496316

Por lo demás, si conoce a alguna persona que desee participar de la investigación se le agradecerá nos contacte con él por estos mismos medios.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

Nombre y Firma del Participante

Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para el investigador)

Anexo N° 2: Pauta de entrevista (Usuarios de Recoleta/San Ramón)

1) Caracterización

Para comenzar, cuénteme cuál es su nombre, su edad y por qué motivo va a la Farmacia Popular de Recoleta/San Ramón.

2) Antecedentes para implementar el proyecto de Farmacia Popular

- **Divergencias y convergencias**

1. ¿Cuál es su opinión respecto al trato que se le ha dado a la Farmacia Popular en la prensa? ¿qué divergencias y convergencias ha visualizado Ud.?

- **Intereses y motivación**

2. En términos generales, ¿Qué crees que es una Farmacia Popular?
3. ¿Cómo crees que se construyó la Farmacia en esta comuna? ¿De qué manera crees que ha aportado la comunidad para levantar esta farmacia?
4. ¿Qué te parecen los altos precios de medicamentos?
5. ¿Qué le parece que tenga que recurrir al sector privado a comprar medicamentos? ¿Tiene alguna crítica respecto a la falta en medicamentos en el sistema de salud público?
6. ¿Por qué crees que se está Farmacia se llama “Popular” y no Comunitaria, Botica u otros nombres?

- **Ideología del proyecto de Farmacia Popular**

7. ¿La Farmacia Popular de Recoleta/San Ramón responde a una visión política?
8. ¿Cuál cree usted que ha sido el impacto de la farmacia popular en salud? ¿Responde a una visión de derecho o es solamente un beneficio?
9. ¿Cuáles crees que son los objetivos de la FP en la economía?
10. ¿Qué piensas de que las Farmacias sean negocios?

- **Participación de la comunidad en levantamiento del proyecto**

11. Se afirma que la FP de Recoleta/San Ramón se creó en conjunto con la comunidad, ¿De qué manera crees que ha aportado la comunidad para levantar esta farmacia?

3) Una vez implementada la Farmacia Popular

- **Adhesión de los municipios al proyecto Farmacéutico popular**

12. ¿Crees que los municipios adhieren al proyecto farmacéutico basado en una similar motivación a la de Recoleta/San Ramón, o usted piensa que puede ser por otros motivos?
13. ¿Por qué se están replicando las Farmacias Populares?

- **Rol del municipio y el Estado en el desarrollo del proyecto**

14. ¿Porque crees qué son los municipios y no el Gobierno quien enfrenta el problema?

4) Respecto del funcionamiento

- **Vida cotidiana y economía del hogar**

15. ¿Cuáles son las oportunidades que ha entregado la FP a la comunidad?
16. ¿Cuáles fueron los requisitos de que usted tuvo que cumplir para ser parte de la farmacia popular de Recoleta/San Ramón?
17. ¿Cuál es el stock que tiene la farmacia popular de Recoleta/San Ramón, cumple con sus expectativas?
18. La FP ya lleva un poco más de dos años de funcionamiento, ¿Cuál es tu evaluación?

- **Divergencias entre la Farmacia Popular, las farmacias de barrio y grandes farmacias**

19. Algunos voceros de farmacias de grandes cadenas afirman que la FP no es una farmacia, puesto que ellos buscan generar utilidades, ¿qué piensas al respecto de esos dichos?
20. ¿Sabes si existen conflictos con las farmacias de grandes cadenas?
21. ¿Cuál es la postura de las farmacias de barrios? ¿Han surgido conflictos con ellas?

- **Relación entre la Farmacia Popular y los laboratorios**

22. ¿Qué sabe de los laboratorios?
23. ¿Qué opinión tiene de los casos de colusión y corrupción en las grandes farmacias?

5) Perspectivas futuras

- **Visiones futuras de los proyectos populares**

24. Según su perspectiva, ¿Cuáles son los aspectos a mejorar en la Farmacia Popular de Recoleta/San Ramón?
25. ¿Modificaría algo de su funcionamiento? (horarios, atención)
26. ¿Cómo crees que se desarrollarán los proyectos populares futuros?
27. ¿Crees que la Farmacia Popular seguirá siendo una iniciativa municipal o tendrá un alcance estatal-nacional?

¿Hay alguna cosa que no le haya preguntado y que a Ud. le parezca relevante para pensar las farmacias populares?